

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CONSUMO DE ALCOHOL Y LA COMPETENCIA SOCIAL EN
ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
SECUNDARIA JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO - 2017**

TESIS

PRESENTADA POR:

DHEISI PILAR GOMEZ QUISPE

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PUNO – PERÚ

2017

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS

CONSUMO DE ALCOHOL Y LA COMPETENCIA SOCIAL EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO - 2017

PRESENTADA POR:

Bach. DHEISI PILAR GOMEZ QUISPE

Fecha de Sustentación: 29 - diciembre - 2017

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

APROBADO POR:

PRESIDENTE :
Lic. JULIA BELIZARIO GUTIERREZ

PRIMER MIEMBRO :
Mtro. JULISSA IRASEMA CUADROS PAUCAR

SEGUNDO MIEMBRO :
M.Sc. YANETH ROSARIO ZEGARRA PALOMINO

DIRECTOR / ASESOR :
Mg. ROSA PILCO VARGAS

PUNO – PERÚ

2017

Área: Salud del escolar y adolescente.
Línea: Salud del Recién Nacido, del niño, Escolar y Adolescente.
Tema: Consumo de sustancias psicoactivas.

DEDICATORIA

A Dios nuestro padre, por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres, Eduardo y Margarita por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

Dheisi

AGRADECIMIENTO

A mi Alma Mater la Universidad Nacional del Altiplano, por darme la oportunidad de alcanzar esta meta, y a los docentes quienes durante los cinco años se esmeraron por contribuir con mi formación profesional, por los conocimientos teóricos y experiencias vividas.

A mi directora de tesis, Mg. Rosa Pilco Vargas, por su presencia incondicional, sus apreciados y relevantes aportes, críticas, comentarios y sugerencias durante el desarrollo de esta investigación.

A los miembros del jurado calificador: Lic. Julia Belizario Gutierrez, Mtro. Julissa Irasema Cuadros Paucar y M.Sc. Yaneth Rosario Zegarra Palomino, por sus sugerencias y aportes que me brindaron para la culminación del presente trabajo de investigación.

Al Director de la Institución Educativa Secundaria José Antonio Encinas, docentes y adolescentes, por la colaboración brindada, quienes me concedieron su tiempo para poder llevar a cabo la investigación.

A todos ustedes, mi mayor reconocimiento y gratitud.

Dheisi

ÍNDICE

	Pág.
ÍNDICE DE FIGURAS	3
ÍNDICE DE TABLAS	4
ACRÓNIMOS.....	5
RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	7
CAPÍTULO I.....	8
INTRODUCCIÓN	8
1.1. EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	8
1.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	11
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	15
1.4. IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO.....	15
1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓNP	16
1.6. CARACTERIZACIÓN DEL ÁREA DE INVESTIGACIÓN.....	16
CAPÍTULO II	18
REVISIÓN DE LITERATURA.....	18
2.1. MARCO TEÓRICO	18
2.2. MARCO CONCEPTUAL	42
2.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.....	42
CAPÍTULO III.....	43
MATERIALES Y MÉTODOS	43
3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	43
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA DE INVESTIGACIÓN	44
3.3 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	45
3.4 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	47
3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	48
CAPÍTULO IV.....	50
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	50
4.1. RESULTADOS	50
4.2. DISCUSIÓN.....	53
CONCLUSIONES	61
RECOMENDACIONES	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63
ANEXOS	69

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 01: Croquis de la I.E.S. José Antonio Encinas	17
Figura 02: Vista frontal de la I.E.S. José Antonio Encinas – Puno	17

ÍNDICE DE TABLAS**TABLA 01**

CONSUMO DE ALCOHOL Y LA COMPETENCIA SOCIAL EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO 2017.....PÁG.50

TABLA 02

FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES SEGÚN GÉNERO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA JOSÉ ANTONIO ENCINAS.....PÁG.51

TABLA 03

COMPETENCIA SOCIAL EN LAS DIMENSIONES HABILIDADES SOCIALES APROPIADAS, IMPULSIVIDAD, SOBRE CONFIANZA, SOLEDAD Y AMISTAD EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA JOSÉ ANTONIO ENCINASPÁG.52

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

AUDIT	: Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol.
CEDRO	: Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas
DIRESA	: Dirección Regional de Salud.
DEVIDA	: Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas.
I.E.S.	: Institución Educativa Secundaria.
MESSY	: Escala de Competencia Social.
OMS	: Organización Mundial de la Salud.
OPS	: Organización Panamericana de la Salud.
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo establecer la relación entre el consumo de alcohol y la competencia social en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria José Antonio Encinas, Puno - 2017. El estudio fue de tipo no experimental descriptivo y diseño correlacional de corte transversal; la población y muestra estuvo constituida por 113 adolescentes que cursan el 3ro, 4to y 5to grado de secundaria, las técnicas que se utilizaron fueron; entrevista y encuesta, los instrumentos aplicados son: el test de escala de riesgos asociados al consumo de alcohol (AUDIT) y cuestionario de escala de competencia social (MESSY). Los resultados mostraron que hay bajo consumo de alcohol en un 83,30%, moderado consumo de alcohol en un 17,70% y no se observa ningún adolescente con alto consumo de alcohol; respecto a la competencia social en un 28,32% es bajo y 71,68% es media, no se observa ningún adolescente con competencia social alta. Con respecto a las dimensiones de competencia social; en la dimensión de habilidades sociales apropiadas el 8,85% obtienen nivel bajo; en la dimensión de impulsividad /conducta antisocial es media en un 15,05%; en la dimensión de sobreconfianza 29,20% obtienen nivel medio; en la dimensión de soledad /ansiedad social el 1,77% obtienen nivel alto y en la dimensión de amistad es baja en un 9,73%. Los resultados se corroboraron con el valor de la chi cuadrada. El valor es de 21.281 con $(p=0.002)$ ($p<0.05$), finalmente se concluyó que, sí existe relación significativa entre el consumo de alcohol y la competencia social.

PALABRAS CLAVE: Consumo de alcohol, Competencia social, Adolescentes.

ABSTRACT

The present investigation aims to establish the relationship between alcohol consumption and social competence in adolescents of the José Antonio Encinas Secondary Educational Institution, Puno-2017. The study was of non-experimental descriptive type and cross-sectional correlational design. The population and sample was constituted by 113 adolescents who attend the 3rd, 4th and 5th grade of secondary school, the techniques that were used were; interview and survey, the instruments applied are: The Scale test for risks associated with alcohol consumption (AUDIT) and the social competence scale questionnaire (MESSY). The results showed that there is low alcohol consumption in 83.30%, moderate alcohol consumption in 17.70% and no adolescent with high alcohol consumption is observed; Regarding social competence in 28.32% is low and 71.68% is medium, no adolescent with high social competence is observed. With respect to the dimensions of social competence; in the dimension of impulsivity / antisocial behavior, it is average at 15.05%; in the dimension of appropriate social skills, 8.85% obtain a low level; in the dimension of friendship, it is average at 61.95%; in the dimension of overconfidence, 69.91% obtain low level and in the dimension of loneliness / social anxiety 82.30% obtain low level. The results were corroborated with the value of the square chi. The value is 21,281 with $(p = 0.002)$ ($p < 0.05$), finally it was concluded that there is a significant relationship between alcohol consumption and social competence.

KEY WORDS: Alcohol consumption, Social competence, Teenagers

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

El consumo de alcohol es frecuente en nuestra sociedad y constituye un estilo de vida no saludable. La problemática asociada al consumo de alcohol, sobre todo en los adolescentes, ha sido abordada a nivel mundial como un fenómeno social de primer orden que constituye un serio problema de salud pública.

Según un estudio de la OMS, el consumo de alcohol ocupa el tercer lugar entre los factores de riesgo de la carga mundial de morbilidad; es el primer factor de riesgo en el Pacífico Occidental y las Américas, y el segundo lugar en Europa. El consumo de alcohol está relacionado con muchos problemas graves de índole social y del desarrollo, en particular la violencia, el descuido en sus responsabilidades, maltrato de menores y el ausentismo laboral. ⁽¹⁾

En el Perú, el abuso y la dependencia al alcohol figuran como la tercera causa más importante de pérdidas económicas por muerte prematura o discapacidad, superados sólo por la neumonía y los accidentes de tránsito. ⁽²⁾ Sin embargo, los efectos nocivos del consumo de alcohol, pueden ser aún mayores, si tomamos en cuenta que este es también causa de una variedad de otros problemas de salud, como accidentes de tránsito, los cuales son la primera causa de discapacidad y muerte prematura en nuestro país; violencia, accidentes caseros y de trabajo, uso de drogas ilegales e involucramiento en conducta sexual de riesgo. ⁽³⁾ Asimismo, se ha señalado que los adolescentes que se inician de manera precoz en el consumo de alcohol, tienen un riesgo muy incrementado de iniciarse en el consumo de otras drogas como la cocaína, marihuana, entre otras,

además de tener inicio precoz de relaciones sexuales, sexualidad irresponsable, embarazo en adolescentes, y en general problemas de salud que afectan su calidad de vida y su proyecto de desarrollo personal.⁽⁴⁾

También se registraron 3, 482,172 millones de adolescente entre 12 y 17 años los cuales constituyen el 21% de la población nacional. El 73% vive en zonas urbanas y el 27% en zonas rurales. Lima, Piura, La Libertad, Cajamarca y Puno son los departamentos que acumulan el 50% de la población adolescente del país.⁽⁵⁾ en Trujillo un estudio realizado a adolescentes escolares se reportó un promedio de 120 alumnos que abandonaron el colegio, muchos de ellos debido a que se involucran en diferentes problemas sociales como el pandillaje, alcoholismo, drogadicción, embarazos no deseados, delincuencia, violencia familiar.⁽⁶⁾

En nuestro país el consumo de bebidas alcohólicas se han convertido en un grave problema social; no solo por el incremento de consumidores, sino por la edad promedio 13 años de inicio en el consumo y la adicción que pueda generar en ellos.⁽⁷⁾

El 8.5% de los escolares, de 11 a 13 años de edad, habían consumido alcohol el año previo a la encuesta. Estos porcentajes eran 24.6% para los escolares de 14 a 16 años y de 35.4% para los de 17 a 20 años de edad. Asimismo, a mayor nivel educativo mayor prevalencia de consumo tanto de drogas legales como ilegales.⁽⁸⁾

En la Red de salud de Puno, se incrementó alarmantemente el consumo de bebidas alcohólicas en la población adolescente y juvenil, de 0.5% en el 2012, a 2.7% en el 2017.⁽⁹⁾

Según DEVIDA, tres de cada diez jóvenes consumen bebidas alcohólicas, resalto que en el año 2016 los colegios con mayores casos de alcoholismo, fueron las Instituciones Educativas, José Antonio Encinas y María auxiliadora.⁽¹⁰⁾

Por otro lado, la competencia social, es una línea de investigación relativamente reciente en niños y adolescentes, estando orientada a evaluar el uso de ciertas características como las habilidades sociales apropiadas, la amistad, impulsividad, entre

otras características que regulan la personalidad y modos de comportamiento de los adolescentes.⁽¹¹⁾

Mientras tanto en la Institución Educativa Secundaria José Antonio Encinas de la ciudad de Puno, algunos estudiantes entre varones y mujeres abandonan su actividad académica por diversos motivos; dentro de ellos el consumo de alcohol, que impide la continuación de sus estudios. Además, se ha evidenciado que muchos de los adolescentes que deberían de estar en aulas de un colegio, se encuentran en lugares fuera de la institución educativa: Como consecuencia del consumo de bebidas alcohólicas en edades tempranas, se observa con mayor frecuencia problemas de índole académicos, sociales y conductuales de riesgo como el ejercer la sexualidad de forma irresponsable, embarazos no deseados, suicidios, violaciones, ente otros, como ocurre en otras regiones de nuestro país donde día a día aumenta la delincuencia producto de consumo de bebidas alcohólicas, generalmente como respuesta al abandono por parte de los padres y a una inadecuada competencia social

También durante el desarrollo de mis prácticas pre profesionales en el Centro de Salud José Antonio Encinas en el curso de Salud del escolar y adolescente, se observó que los adolescentes se inician a edades más tempranas en el consumo de alcohol, así como también adoptan formas diferentes de consumo que indican la mayor gravedad del problema, lo que les genera problemas en el rendimiento escolar, mala conducta en aula, ausencias a la Institución Educativa, peleas entre grupos de amigos, violencia con la pareja, entre otros, es decir, que afecta su competencia social de modo negativo, por lo que considero que es necesario abordar el estudio de este tema, ya que permitirá planificar y adoptar estrategias que contribuyan a una eficaz prevención del consumo de alcohol en los adolescentes.

1.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

A NIVEL INTERNACIONAL

En Ecuador, Pachacama (2016); realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar la disfunción familiar y como incide en el consumo de alcohol en los estudiantes de la Unidad Educativa Shekiná de la ciudad de Ambato en el período Febrero 2013 – Agosto 2013, El diseño de investigación fue de tipo descriptivo correlacional. Los participantes constituyeron un total de 80 alumnos. Los instrumentos fueron: Cuestionario APGAR Familiar y el Test de Audit. Los resultados informaron un 73.8% en donde se puede evidenciar dificultad en la comunicación y en la armonía familiar provocando comportamientos inadecuados en los miembros que conforman el sistema familiar, seguido por familia severamente disfuncional con un 25% en donde la comunicación y expresión de afectos es casi inexistente y finalmente con familia funcional con el 1.3% en donde la comunicación es directa, clara y abierta y en donde existe interacciones armónicas dentro de la familia. En cuanto al consumo de alcohol, el de bebedor de riesgo con un 93.8% en donde se puede evidenciar que la población de estudio se encuentra regularmente en el consumo de bebidas alcohólicas, seguido por problemas físico-psíquico con la bebida y probable dependencia alcohólica con un 3.8% en donde el consumo de alcohol es constante y diariamente y finalmente con no problemas relacionados con el alcohol con el 2.5% en donde no existe consumo de alcohol. ⁽¹¹⁾

En Brasil, Méndez, Castillo, Uribe y García (2015); realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar la relación entre percepción de riesgo y el consumo de alcohol en adolescentes de preparatoria del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León. El estudio fue descriptivo, correlacional. La población estuvo conformada por 1985 adolescentes (hombres y mujeres), de 15 a 20 años de edad con una muestra de 345 adolescentes. Los instrumentos fueron: Cuestionario de Percepción de Riesgo hacia el Consumo de Alcohol y el Test de Audit. Los resultados informaron Las prevalencias del consumo de alcohol reportaron que el 64.6% de los participantes consumieron alcohol en el último año, el 29.3% consumieron alcohol en el último mes y solo el 13.9% de los participantes lo consumieron en los últimos 7 días. De acuerdo al tipo de consumo de alcohol reportado en el Cuestionario de Identificación de los Trastornos por Uso de Alcohol, se observa que el 36.8% de los participantes consumidores de alcohol

muestran un consumo sensato, seguido del consumo dependiente con el 14.8% y solo el 13.1% presentó un consumo dañino. Se concluye que a mayor percepción de riesgo, menor será el consumo de alcohol por parte de los adolescentes. ⁽¹²⁾

En Ecuador, Chicaiza (2013); realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar la influencia del consumo de alcohol en las conductas agresivas en los adolescentes de segundo año de bachillerato del Colegio Pujilí, de la ciudad de Pujilí, provincia de Cotopaxi, durante el período Marzo 2011 Agosto 2011. El diseño de investigación fue de tipo descriptivo de corte transversal. Los resultados evidenciaron un 31% no tiene problemas relacionados con el consumo de alcohol, mientras que un 33% se presentan como bebedores de riesgo y el 36% ya representa a adolescentes con problemas físicos y psíquicos con la bebida y probable dependencia, se obtuvo que el 35% de la población marco nunca, un 43% de la población marcaron una o menos veces al mes, un 20% de la población marcaron de dos a cuatro veces al mes, y el 2% de la población marcaron de 2 a 3 veces a la semana. ⁽¹³⁾

A NIVEL NACIONAL

En Iquitos, Tapullima, Pizarro y Gonzales (2016); realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar la asociación que existe entre los factores biopsicosociales y la frecuencia de consumo de alcohol, en estudiantes del primer al quinto nivel, en el I semestre, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos 2016. Se empleó el método cuantitativo, el diseño no experimental, descriptivo, correlacional, transversal. La población fue de 276 estudiantes y la muestra de 161, Los instrumentos fueron: La Escala de factores biopsicosociales y la Escala de identificación de consumo de alcohol (AUDIT). Los resultados informaron en factores biopsicosociales, 52,8% tenían 16 a 20 años, 85,7% de sexo femenino, 51,6% con autoestima baja, 52,2% con afrontamiento ineficaz, 28,6% de cuarto nivel, 54,7% con familia moderadamente funcional y 51,6% con consumo sensato de alcohol. Al asociar ambas variables, se obtuvo asociación estadística significativa entre: edad y frecuencia de consumo de alcohol ($p=0,035$; $p<0,05$); sexo y frecuencia de consumo de alcohol ($p=0,004$; $p<0,05$); autoestima y frecuencia de consumo de alcohol ($p=0,000$; $p<0,05$); pérdidas emocionales y frecuencia de consumo de alcohol ($p=0,000$; $p<0,05$); funcionalidad familiar y frecuencia de consumo de alcohol ($p=0,000$; $p<0,05$); pero no

existe relación estadística significativa entre nivel de estudios y frecuencia de consumo de alcohol ($p=0,084$; $p>0,05$).⁽¹⁴⁾

En Arequipa, Apaza y Cárdenas (2016); realizaron un estudio cuyo objetivo fue establecer la relación entre el consumo de alcohol y la competencia social en estudiantes de la Institución Educativa N° 40029 Ludwing Van Beethoven. El estudio fue descriptivo, correlacional. La población estuvo conformada por 375 y la muestra de 193. Los instrumentos fueron: las cédulas de preguntas de AUDIT y MESSY. Los resultados obtenidos fueron: Con respecto al consumo de alcohol, los resultados muestran que sí hay presencia de consumo en un 48.70%, Con respecto a la competencia social los resultados muestran que en estudiantes de la Institución Educativa N° 40029 Ludwing Van Beethoven, la competencia social en un 72.54% es media y 27.46% es baja. Existe relación significativa entre el consumo de alcohol y la competencia social en estudiantes de la Institución Educativa N° 40029 Ludwing Van Beethoven.⁽¹⁵⁾

En Arequipa, Fernández y Toledo (2016); realizaron un estudio cuyo objetivo fue identificar la autoestima y su relación con el consumo de alcohol en adolescentes del Colegio Jorge Basadre Grohmann de la ciudad de Arequipa, 2016. El estudio fue correlacional simple. La población y muestra fueron 110 estudiantes adolescentes. Se utilizó el test de Autoestima de Rosenberg y el test de AUDIT para medir el nivel de consumo de alcohol. Los resultados obtenidos fueron: El nivel de autoestima entre adolescentes es baja en 13.6%, media en 63.6% y alta en 22.8% de adolescentes. El nivel de consumo de alcohol entre adolescentes es de bebedor en riesgo en 50%, probable dependiente en 18.2% y sin problemas 31.8%; la frecuencia del consumo es mediana en 44%, alta en 37% y baja en 29%.⁽¹⁷⁾

En Trujillo, Pesantes, Urbina, Quezada, Rodríguez y Padilla (2014); realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar la relación entre el patrón de consumo de alcohol y sus repercusiones sociales en los universitarios de la Universidad Nacional de Trujillo. El estudio fue de tipo descriptivo correlacional de corte transversal. La población y muestra estuvo constituido por 316 estudiantes de 16- 19 años de edad, de ambos sexos. Los instrumentos fueron test AUDIT para determinar el patrón de consumo de alcohol y un cuestionario basado en Kaplan y Sadock (2001) para identificar las repercusiones

sociales. Los resultados obtenidos fueron: El 46% de universitarios presentaron Patrón de consumo de alcohol no problemático, 30% consumo episódico excesivo, 13% consumo excesivo y 11% consumo perjudicial y probable dependencia. El 80,9% de universitarios refieren que Nunca presentaron repercusiones sociales por consumo de alcohol, el 17,1% A veces, el 1,7% Casi siempre y 0,3% Siempre. Existe relación altamente significativa entre el patrón de consumo de alcohol y sus repercusiones sociales.⁽¹⁸⁾

En Lima, Mamani y Silva (2012); realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar la asociación del consumo de alcohol y las prácticas de conductas sexuales de riesgo en adolescentes del nivel Secundario de la I.E.N. “San Martín de Porres” N° 72-UGEL N° 03 Magdalena del Mar Lima-Perú. Marzo-diciembre del 2012. El estudio fue cuantitativo, transversal y analítico. La población de estudio estuvo conformada por todos los estudiantes adolescentes del 1er al 5to año del nivel Secundario de la Institución Educativa “San Martín de Porres” en el Distrito de Magdalena del Mar. Los instrumentos fueron el formulario de conductas sexuales de riesgo y test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol. Los resultados obtenidos fueron: Se encontró asociación significativa entre el consumo de alcohol con las relaciones coitales en varones ($X^2=23.936$, $p=0.000006$) y mujeres ($X^2=7.287$, $p=0.026$); y según año de estudio en 3° año ($X^2=5,560$, $p=0.018$) y 5° año ($X^2=5,572$, $p=0.018$). A su vez se encontró asociación significativa entre el consumo de alcohol con la edad de inicio de la relaciones coitales en los varones ($X^2=11.83$, $p=0.003$).⁽¹⁹⁾

A NIVEL LOCAL

Como también en Puno, Ríos B (2010); realizo un estudio cuyo objetivo fue determinar los factores socioculturales y psicológicos que se asociaron al consumo de alcohol. El estudio fue tipo descriptivo y de diseño asociativo y la muestra estuvo constituida por 266 estudiantes en ambos sexos, de 14 a 18 años de edad. Los resultados fueron los siguientes: Los factores sociales (genero, edad, participación social, convivencia familiar, comunicación familiar y ocupación), culturales (religión y nivel educativo de los padres) y psicológicos (motivos de ingestión de bebidas alcohólicas) se asocian al consumo de alcohol a excepción del factor social: socialización y los factores culturales procedencia e idioma los cuales no están

asociados al consumo de alcohol, 32.7% consumen "siempre", el 51,9% "a veces" y 15.4% "nunca". Por lo que se concluye que la mayoría de los adolescentes consume alcohol "siempre" y "a veces", lo que puede repercutir negativamente en la salud y a realizar actos inapropiados.⁽¹⁶⁾

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿QUÉ RELACIÓN EXISTE ENTRE EL CONSUMO DE ALCOHOL Y LA COMPETENCIA SOCIAL EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO-2017?

1.4. IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO

La adolescencia se caracteriza por ser una etapa de transición (cambios físicos, psíquicos y sociales), es por ello que el consumo de alcohol por la población adolescente constituye un creciente problema que excede el ámbito científico, con un impacto social y sanitario considerable y unas connotaciones legales, educativas y políticas que exigen un análisis minucioso desde diferentes perspectivas. Así mismo la adolescencia está considerada como un periodo de redefinición personal y social; por otra parte la baja competencia social en adolescentes está ligada a una inadecuada conducta social, esta a su vez perjudica en la inhibición de las conductas conflictivas y antisociales. Esta situación causa un gran problema al adolescente, no le permite desarrollarse como persona, como ser humano.

Los resultados obtenidos, constituyen aportes valiosos porque brindan conocimientos claros y fortalece en la práctica de los profesionales de salud respecto a sus funciones preventivo promocionales, además fortalece las acciones de la enfermera en las intervenciones educativas dentro de la consejería y talleres integrales de la Estrategia de Salud Escolar y del Adolescentes y Estrategia Sanitaria de Salud Mental y cultura de paz. Por lo tanto esta investigación es de gran utilidad para la sociedad, en especial para los alumnos, sus familias y los docentes de la Institución participante ya que podría ser usada como punto de partida para iniciar cambios en lo referente a la salud, Asimismo sirve como marco referencial para futuras investigaciones que se realicen sobre esta área.

1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre el consumo de alcohol y la competencia social en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria José Antonio Encinas, Puno 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar la frecuencia del consumo de alcohol en adolescentes según género
2. Identificar la competencia social en adolescentes en las dimensiones habilidades sociales apropiadas, amistad, impulsividad, sobre confianza y soledad.

1.6. CARACTERIZACIÓN DEL ÁREA DE INVESTIGACIÓN

El estudio se realizó en la Institución Educativa Secundaria José Antonio Encinas Puno en el departamento y provincia del mismo nombre. Puno está ubicado en la región sur oriental del Perú a 3827 msnm. Se caracteriza por tener un clima frígido y semi seco, su temperatura media oscila entre 26°C y 8,6°C. Se presenta precipitaciones fluviales en los meses de diciembre a marzo, con un periodo seco y con heladas los meses de mayo a agosto, teniendo un periodo transitorio de setiembre a noviembre. Situada en medio de la región andina – altioplánica que habla quechua y aymara, con una población aproximadamente de 150 mil habitantes.

La población estudiada constituida por 113 adolescentes de 14 a 17 años de edad que cursan de 3ro al 5to Grado de Secundaria. Una característica principal de la población seleccionada es que algunos adolescentes trabajan y son independientes, debido a que viven solos o con un familiar, también esta Institución alberga estudiantes trasladados de Instituciones Públicas y Privadas que en su mayoría tuvieron algún problema de comportamiento inadecuado, estos mismos se ven influenciados e influncian a sus pares. Debido a que el adolescente es vulnerable; estas

consideraciones los hace una población ideal para el presente estudio. Actualmente la Institución Educativa Secundaria José Antonio Encinas es una institución estatal mixta de turno continuo en la mañana.

Figura 01: Croquis de la I.E.S. José Antonio Encinas



FUENTE: Google maps, Puno, Puno, 2017.

Figura 02: Vista frontal de la I.E.S. José Antonio Encinas – Puno



FUENTE: Google maps, Puno, Puno, 2017.

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. Adolescencia.

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia. ⁽²⁰⁾

El MINSA define a la población adolescente como aquella comprendida entre los 12 y 17 años 11 meses 29 días en concordancia con la Convención de los Derechos del Niño y el Código del Niño y Adolescente vigente en el Perú. Este grupo presenta características y necesidades específicas relacionadas al proceso de construcción de su identidad, autonomía y desarrollo personal. ⁽²¹⁾

La adolescencia es la edad que sucede a la niñez; el periodo del desarrollo humano comprendido entre la niñez y la edad adulta, durante el cual se presentan los cambios más significativos en la vida de las personas, en el orden físico y psíquico. ⁽²²⁾

2.1.1.1. Etapas de la adolescencia

2.1.1.1.1. Adolescencia temprana.

La primera etapa de la adolescencia comprende las edades de 12 a 14 años. Se caracteriza en los siguientes aspectos:

- a. Dependencia-Independencia: Mayor recelo y menor interés por los padres, vacío emocional y humor variable.
- b. Preocupación por el aspecto corporal: Inseguridad respecto a la apariencia y atractivo e interés creciente sobre la sexualidad.
- c. Integración en el grupo de amigos: Amistad, relaciones fuertemente emocionales e inicia contacto con el sexo opuesto.
- d. Desarrollo de la identidad: Razonamiento abstracto, objetivos vocacionales irreales, Necesidad de mayor intimidad y dificultad en el control de impulsos. Pruebas de autoridad e estrés.

2.1.1.1.2. Adolescencia intermedia.

Comprende las edades de 15 a 17 años. ⁽²⁴⁾ Por otra parte Gaeta sostiene que comprende las edades de 14-15 a los 16-17 años. ⁽²³⁾

Se caracteriza en los siguientes aspectos:

- a. Dependencia-Independencia: Mas conflictos con los padres preocupación por el aspecto corporal, mayor aceptación del cuerpo y preocupación por su apariencia externa.
- b. Integración en el grupo de amigos: Intensa integración, valores, reglas y modas de los amigos y clubs, deportes, pandillas.
- c. Desarrollo de la identidad: mayor empatía, aumento de la capacidad intelectual y creatividad, vocación más realista, sentimientos de omnipotencia, e inmortalidad y Comportamientos arriesgados.

2.1.1.1.2. Adolescencia tardía.

Comprende las edades de 18 a 21 años. Se caracteriza en los siguientes aspectos:

- a. Dependencia-Independencia: Creciente integración e independencia, “regreso a los padres”.
- b. Preocupación por el aspecto corporal: Desaparecen las preocupaciones y aceptación.
- c. Integración en el grupo de amigos: Los valores de los amigos pierden importancia y relación con otra persona, mayor comprensión.
- d. Desarrollo de la identidad: Conciencia racional y realista, compromiso; objetivos vocacionales, prácticos y concreción de valores morales, religiosos y sexuales.⁽²⁴⁾

2.1.1.2. Cambios en la adolescencia.

La adolescencia es un periodo en el que se van a producir intensos cambios físicos y psicosociales que comienza con la aparición de los primeros signos de la pubertad y termina cuando termina el crecimiento.

2.1.1.2.1. Cambios físicos

La adolescencia emerge con la aparición de los primeros signos de la transformación puberal. Desde el comienzo de este periodo van a ocurrir cambios hormonales que generan el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, con la acentuación del dimorfismo sexual, crecimiento en longitud, cambios en la composición corporal y una transformación gradual en el desarrollo psicosocial.

Todos estos cambios tienen una cronología que no coincide en todos los individuos y es más tardía en los hombres que en las mujeres.

2.1.1.2.2. Cambios mentales

El cerebro adolescente

Los estudios de imagen cerebral desde los 5 hasta los 20 años revelan un adelgazamiento progresivo de la sustancia gris que progresa desde las regiones

posteriores del cerebro hacia la región frontal, estas regiones que maduran más tardíamente están asociadas con funciones de alto nivel, como la planificación, el razonamiento y el control de impulsos.

Muchos de los problemas relacionados con determinadas conductas de riesgo en la adolescencia podrían estar en relación con esta tardía maduración de determinadas funciones cerebrales. ⁽²⁰⁾

A diferencia de los niños son capaces de pensar sobre ideas y asuntos sin necesidad de ver ni tocar, empiezan a razonar los problemas y anticipar las consecuencias, considerar varios puntos de vista, y reflexionar sobre lo que pudiera ser en lugar de lo que es.

2.1.1.2.3. Cambios Psicosociales.

En el desarrollo psicosocial valoraremos cuatro aspectos de crucial importancia: la lucha dependencia-independencia en el seno familiar, preocupación por el aspecto corporal, integración en el grupo de amigos y el desarrollo de la identidad:

- 1) La lucha independencia-dependencia: en la primera adolescencia (12 a 14 años), la relación con los padres se hace más difícil, existe mayor recelo y confrontación; el humor es variable y existe un “vacío” emocional.

En la adolescencia media (15 a 17 años) estos conflictos llegan a su apogeo para ir declinando posteriormente, con una creciente mayor integración, mayor independencia y madurez, con una vuelta a los valores de la familia en una especie de “regreso al hogar” (18 a 21 años).

- 2) Preocupación por el aspecto corporal: los cambios físicos y psicológicos que acompañan la aparición de la pubertad generan una gran preocupación en los adolescentes, sobre todo en los primeros años, con extrañamiento y rechazo del propio cuerpo, inseguridad respecto a su atractivo, al mismo tiempo que crece el interés por la sexualidad. En la adolescencia media, se produce una mejor aceptación del cuerpo, pero sigue preocupándoles mucho la apariencia externa. Las relaciones sexuales son más frecuentes. Entre los 18 y 21 años el aspecto externo tiene ya una menor importancia, con mayor aceptación de la propia corporalidad.

- 3) Integración en el grupo de amigos: vital para el desarrollo de aptitudes sociales. La amistad es lo más importante y desplaza el apego que se sentía hasta entonces por los padres. Las relaciones son fuertemente emocionales y aparecen las relaciones con el sexo opuesto. En la adolescencia media, estas relaciones son intensas, surgen las pandillas, los clubs, el deporte; se decantan los gustos por la música, salir con los amigos, se adoptan signos comunes de identidad (piercing, tatuajes, moda, conductas de riesgo), luego (18 a 21 años) la relación con los amigos se vuelve más débil, centrándose en pocas personas y/o en relaciones más o menos estables de pareja.
- 4) Desarrollo de la identidad: en la primera adolescencia hay una visión utópica del mundo, con objetivos irreales, un pobre control de los impulsos y dudas. Sienten la necesidad de una mayor intimidad y rechazan la intervención de los padres en sus asuntos. Posteriormente, aparece una mayor empatía, creatividad y un progreso cognitivo con un pensamiento abstracto más acentuado y, aunque la vocación se vuelve más realista, se sienten “omnipotentes” y asumen, en ocasiones, como ya dijimos, conductas de riesgo. Entre los 18 y 21 años los adolescentes suelen ser más realistas, racionales y comprometidos, con objetivos vocacionales prácticos, consolidándose sus valores morales, religiosos y sexuales, así como comportamientos próximos a los del adulto maduro. ⁽²⁴⁾

2.1.1.2. Alcohol y drogas

El consumo de alcohol y otras drogas entre los adolescentes suscita preocupación social. Por un lado, ciertas características de este período evolutivo pueden facilitar el consumo de alcohol y otras drogas. Por otro, el consumo de estas sustancias suele iniciarse en esta etapa de la vida. Es complejo determinar cuándo el consumo adolescente de alcohol resulta problemático, ya que la aparición de secuelas físicas requiere que se haya estado abusando de esta sustancia cierto tiempo. Según la encuesta sobre drogas, el 28,5% de los escolares ha sufrido alguna repercusión negativa del consumo de alcohol, principalmente problemas de salud, riñas, discusiones y conflictos familiares.

Las principales consecuencias negativas que pueden padecer los adolescentes son:

- a) Intoxicación etílica aguda o embriaguez. A mayor cantidad de alcohol ingerido, mayor descoordinación motora, agresividad y episodios de pérdida de conocimiento. La intoxicación etílica grave puede desembocar en coma, llegando incluso a provocar la muerte.
- b) Problemas escolares. El consumo de alcohol repercute directamente en el rendimiento escolar. La investigación ha confirmado la relación entre consumo de alcohol y fracaso escolar.
- c) Sexo no planificado. Las relaciones sexuales entre adolescentes a menudo tienen lugar durante el fin de semana, igual que el consumo de alcohol. Aunque los adolescentes disponen de información sobre los métodos para prevenir las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados, la embriaguez puede actuar como una barrera que dificulta la puesta en práctica de las conductas de salud.
- d) Accidentes de tráfico. El riesgo de padecer un accidente aumenta por la pérdida de reflejos, la desinhibición, la sensación de control, la euforia y los déficits perceptivos ocasionados por el alcohol. Según Romero (1994), hasta un 60% de los accidentes de tráfico se explican por la combinación jóvenes–alcohol– fin de semana.
- e) Problemas legales. Numerosos estudios han probado la relación entre el alcohol y el comportamiento delictivo. Entre los adolescentes consumidores existe mayor probabilidad de realizar actividades pre delictivas. Otras conductas antisociales asociadas a las drogas y al fin de semana son la conducción de vehículos sin carné, el daño deliberado a bienes públicos, el robo de artículos y las peleas físicas.
- f) Problemas afectivos. Aproximadamente la mitad de los intentos de suicidio en las mujeres y las dos terceras partes en los varones se producen bajo los efectos del alcohol.
- g) Alcohol y consumo de otras drogas. Se considera al alcohol como una “puerta de entrada” al consumo de otras sustancias. Generalmente el consumo de drogas ilegales está precedido por el de sustancias legales.

2.1.1.2.1. Etiología del consumo de alcohol y otras drogas.

Se han identificado numerosos factores de riesgo del consumo de drogas en la adolescencia:

Factores Macrosociales:

- a. Disponibilidad y accesibilidad a las sustancias.
- b. Institucionalización y aprobación social de las drogas legales.
- c. Publicidad. Los anuncios asocian la bebida con valores y estímulos atractivos para los adolescentes, como la amistad, el carácter y la personalidad, la transición a la adultez, el sexo, el riesgo y la aventura, etc.
- d. Asociación del alcohol y drogas de síntesis con el ocio. El consumo juvenil de drogas se encuentra ligado al tiempo libre, los fines de semana, a ciertos lugares de oferta como discotecas, bares o clubs, y a la búsqueda de nuevas sensaciones y experiencia.

Factores Microsociales

- a. Estilos educativos inadecuados. La ambigüedad en las normas familiares, el exceso de protección, la falta de reconocimiento y una organización familiar rígida influyen negativamente en el adolescente, y pueden desembocar en una personalidad con escasa aserción o en un enfrentamiento con el mundo adulto.
- b. Falta de comunicación y clima familiar conflictivo. La comunicación satisfactoria evita el aislamiento, educa para las relaciones extrafamiliares, promueve la expresión de sentimientos, y facilita el desarrollo personal. Por el contrario, la incomunicación y el ambiente familiar enrarecido contribuyen a generar y mantener los déficits y carencias personales, que el adolescente puede intentar compensar recurriendo a las drogas.
- c. Consumo familiar de alcohol.
- d. Influencia del grupo de amigos.

Factores personales

- a. Desinformación y prejuicios. La falta de conocimiento o la información errónea sobre la naturaleza de las drogas, extensión del consumo adolescente, repercusiones negativas a corto y largo plazo, etc., alienta la curiosidad o impide valorar acertadamente los riesgos.

- b. Déficit y problemas del adolescente. Los déficit y problemas personales constituyen factores de riesgo porque el adolescente puede intentar compensarlos o aliviarlos recurriendo al alcohol y otras drogas. El consumo de alcohol se relaciona estrechamente con pobre autoestima y locus de control externo, y con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo.⁽²⁵⁾

2.1.2. Consumo de alcohol

2.1.2.1. Alcohol

Según el Ministerio de Sanidad y Consumo (2007), el alcohol es un compuesto orgánico que contiene el grupo hidroxilo, su nombre químico es etanol o alcohol etílico. Es un líquido incoloro y volátil que está presente en diversas bebidas fermentadas; en ellas alcanza concentraciones desde un 5 % hasta un 20 %, como el caso de la cerveza y el vino, aunque algunos destilados pueden llegar hasta un 40 % o más.

2.1.2.2. Las bebidas alcohólicas.

Las bebidas con contenido alcohólico se pueden obtener mediante dos procedimientos: Fermentación y destilación.

- a. El procedimiento de fermentación consiste en la degradación de sustancias orgánicas por la acción de enzimas microbianos, acompañada con frecuencia de desprendimientos gaseosos. La fermentación alcohólica transforma los jugos azucarados de los frutos en bebidas alcohólicas. De esta forma se obtienen bebidas como el vino o la cerveza.
- b. La destilación es la operación que consiste en vaporizar parcialmente un líquido y en condensar los vapores formados para separarlos. Se aplica a los productos agrícolas susceptibles de producir alcohol por medio de la fermentación. Así se obtienen licores de mayor contenido alcohólico. Los licores destilados proceden pues, de la aplicación de este proceso a una bebida fermentada.

Antes de pasar a describir muy brevemente los tipos de bebidas alcohólicas más utilizadas, explicaremos un concepto de importancia para la comprensión de éstas, cual es el de grado alcohólico de una bebida. El grado de una bebida alcohólica es el porcentaje de alcohol que ésta contiene para un volumen dado de la misma. Así, si decimos, por ejemplo, que un vino tiene 12°, significará que en un litro de ese vino hay

un 12% de alcohol puro, es decir, 12 cl., o lo que es lo mismo 120 cm³. Habrá, por lo tanto, la misma cantidad de alcohol puro en un litro de vino de 12° que en un cuarto de litro de un aguardiente de 48°. Cabe indicar que, generalmente, la dosis ingerida suele ser inversamente proporcional al grado alcohólico de la bebida, es decir, en una sola ingesta, se consume más dosis de una cerveza de 5° que de un licor de 40°.

Comenzaremos esta relación, describiendo algunas de las características de las bebidas fermentadas:

1. El vino (del latín vinum). Es el resultado de la fermentación del zumo de uva. Tiene tres variedades principales: el vino tinto, obtenido de la fermentación del mosto en presencia de los hollejos, de la pulpa y de las pepitas de la uva algunas. Su graduación alcohólica más habitual está en torno a los 12°.
2. El whisky (voz inglesa, del gaélico escocés visge beatha = agua de la vida). Es un aguardiente obtenido a partir de la destilación de la cebada tostada, es decir, de la malta. Su contenido alcohólico es muy alto, llegando a situarse en los 43°.
3. El coñac (de Cognac, ciudad del sudoeste de Francia). Es un aguardiente obtenido a partir de la destilación de vinos flojos y añejado posteriormente en toneles de roble. Su graduación alcohólica está alrededor de los 36°.
4. El ron (del inglés rum). Se obtiene por destilación del sustrato de la fermentación del jugo de la caña de azúcar. Su graduación se sitúa en torno a los 40°.
5. El vodka (voz rusa). Es un aguardiente de alta graduación obtenido a partir de cereales principalmente centeno, maíz y cebada- o de patata. Tiene alrededor de 40° de alcohol.
6. La cerveza (del latín cervesiam). Se obtiene por la fermentación del azúcar de la cebada germinada bajo la acción de la levadura, y perfumada con lúpulo. La graduación alcohólica de la cerveza se encuentra habitualmente alrededor de los 5°.
7. El champán (de Champagne, región del noreste de Francia). Es un tipo de vino espumoso elaborado según el método champenoise que consiste básicamente en la mezcla de vinos procedentes de diferentes tipos de uva, que son sometidos a una segunda fermentación dentro de la botella durante varios meses. La graduación alcohólica es de unos 11°.

8. El vermut (del alemán wermuth = ajenjo). Es el resultado de la combinación de vino blanco, aguardiente de ajenjo y otras sustancias amargas y tónicas. Su graduación alcohólica está en torno a los 16°.

2.1.2.3. Acción del consumo alcohol etílico en el ser humano.

Es un depresor del sistema nervioso central al ingerir por vía oral, de las diferentes bebidas alcohólicas existentes y la de preferencia para el consumidor.

2.1.2.3.1. Metabolismo del alcohol

Desde su ingreso en el organismo, el alcohol produce una dilatación de los vasos sanguíneos periféricos. Si la ingestión es pequeña cantidad, aumentará la secreción gástrica, pero, si es elevada, la secreción gástrica se inhibe y la mucosa estomacal sufre una fuerte irritación, pudiendo dar lugar a la gastritis, vómitos, diarreas, y otros.

Cuando el estómago está vacío, el alcohol lo atraviesa muy rápidamente y pasa al duodeno y al intestino delgado, donde es absorbido, distribuyéndose en el torrente circulatorio en poco tiempo. Si, por el contrario, el estómago está lleno, el alcohol se difunde a la sangre lentamente, a medida que va pasando al intestino delgado.

En el hígado el alcohol es metabolizado gracias a una enzima llamada alcoholdehidrogenasa. Mientras el alcohol es transformado se liberan unas siete calorías por gramo, pero si bien es cierto que el alcohol podría cubrir un máximo de 400 a 600 calorías de las 1600 que necesitamos diariamente, el organismo tendría que destruir su propia glucosa y con ello sus reservas alimenticias.

Los hidratos de carbono (glúcidos), proteínas y grasas (lípidos), cuando son ingeridos en exceso y no se utilizan inmediatamente, pueden ser almacenados en los tejidos del cuerpo y son utilizados según las necesidades del organismo a partir de esas reservas. Estos depósitos son el tejido adiposo para las grasas, y el hígado y el músculo para la glucosa. El organismo, en cambio, no puede almacenar alcohol ni tampoco eliminarlo por la orina, el sudor o la respiración; sólo elimina por este medio un pequeño porcentaje, del 1% al 5%. Así pues, al menos un 95% del alcohol ingerido deberá ser metabolizado a nivel hepático, transformarlo totalmente en otros cuerpos más simples que se pueden eliminar. Como sólo puede ser oxidado a una cierta velocidad en

el hígado, el alcohol permanece en la sangre y en los tejidos, mientras termina de ser metabolizado.

Cuando se bebe más alcohol del que puede oxidar el hígado por las vías metabólicas normales, deben funcionar vías de suplencia. Estas vías son peligrosas porque no oxidan el alcohol en exceso más que destruyendo la célula. Se queman ácidos nucleicos y aminoácidos de la propia célula. Estas oxidaciones engendran malnutriciones, por lo que es peligroso beber en exceso si se come mal o con pocas proteínas.

Es preciso tener las siguientes consideraciones:

- a. El alcohol es un producto energético, dadas las calorías que produce, pero esta energía sólo puede ser utilizada, para los intercambios celulares básicos en condiciones de reposo. No sirve para el trabajo físico, ni para combatir el frío.
- b. Las calorías producidas por el alcohol no pueden ser utilizadas más que para la respiración elemental de la célula, y sólo puede cubrir una parte de la energía necesaria para esas oxidaciones.
- c. El alcohol no se elimina del organismo más rápidamente con el trabajo muscular intenso, como generalmente se cree. El músculo no utiliza nunca el alcohol para su trabajo, su acción sobre el Sistema Nervioso puede impedir al bebedor sentir momentáneamente la fatiga.
- d. Reduce la capacidad para el esfuerzo intenso o sostenido, por la congestión vascular que provoca, la relentización de los reflejos y la fatiga acumulada y subjetivamente no sentida.

2.1.2.4. Consumo, abuso y dependencia del alcohol

Consumo es la utilización que se hace de una sustancia en un determinado momento, y como consecuencia del cual se experimentan unos efectos determinados. Está claro que consumo de alcohol realiza tanto el alcohólico, como el bebedor habitual, sea éste moderado o abusivo, como el bebedor esporádico, como quien lo hiciera por primera vez. Dicho de otra manera, el término consumo de alcohol, en un sentido estricto, contempla únicamente la ingesta actual, aislada de otras ingestas pasadas o futuras.

El individuo, una vez que conoce los efectos que una determinada sustancia provoca en su organismo, puede, si lo desea, continuar consumiéndola y controlar su propio consumo. En nuestra cultura, buena parte de aquellos que hacen uso normalmente de bebidas alcohólicas, consiguen mantener el consumo cotidiano dentro de límites que convencionalmente podríamos considerar razonables, y no aumentan progresivamente su ingesta.

2.1.2.4.1. Grados de Riesgo de Consumo de Alcohol

Se debe diferenciar entre uso, abuso y dependencia.

- El Uso, está referido a la ingesta de alcohol de bajo riesgo respetando las orientaciones médicas y legales, sin meterse en problemas.

- El Abuso, es la ingesta de alcohol con un nivel de riesgo, tanto para el que lo usa como para los que lo rodean, traducido en un daño físico o mental y consecuencias a nivel social dirigido a otras personas con lesiones, peleas, grescas.

- La Dependencia Alcohólica, es el estado de ingesta de alcohol que produce un deseo incontrolable de consumirlo a pesar de que la persona es consciente de sus consecuencias negativas, el acto de beber se convierte en una prioridad sobre otras actividades y obligaciones. Esto produce en su cuerpo una mayor tolerancia al alcohol que acarrea como consecuencia que el bebedor consuma cada vez mayor cantidad y bebidas más fuertes. ⁽²⁶⁾

Alfonso e Ibáñez (1992) recogen diferentes tipologías a partir de un rastreo realizado sobre el tema para clasificar la frecuencia consumo de alcohol:

- a. Abstemios. No beben nunca o lo hacen infrecuentemente, sólo por especiales compromisos y circunstancias sociales.
- b. Bebedores moderados. Consumen alcohol habitualmente, pero no pasan de unas determinadas cantidades de alcohol por unidad de tiempo.
- c. Bebedores excesivos. Son también consumidores habituales, pero superan las cantidades de los moderados, y realizan un promedio anual de borracheras elevado.
- d. Bebedores patológicos. Son enfermos con síndrome de dependencia física.

Por su parte, Kessel y Walton (1989) también se refieren a la relación con el alcohol en términos de abstinencia, moderación, exceso y dependencia. Sin embargo, su tipología recoge consideraciones psicosociales, y no sólo la simple frecuencia de consumo. Resumiremos la aportación de estos autores:

- a. Abstemios. Son las personas que no beben.
- b. Bebedores sociales. Son la mayoría de las personas de nuestra sociedad. Beben de forma moderada, en el marco de determinados acontecimientos sociales. Pueden emborracharse alguna vez, pero no crean ni se crean excesivos problemas sociales o de salud pública.
- c. Bebedores excesivos. Consumen alcohol de forma excesiva. Es característico, al menos en muchos casos, el no reconocimiento de su hábito. Sus excesos se manifiestan por la frecuencia con la que se intoxican y por las consecuencias sociales, económicas y médicas de su ingestión continuada. Muchos bebedores excesivos que tienen crecientes dificultades originadas en el alcohol pueden necesitar atención terapéutica y responder a un tratamiento adecuado. Sin embargo, no todos los bebedores excesivos son alcohólicos, aunque es probable que muchos lleguen a serlo.
- d. Alcohólicos. Son personas con un desorden que puede definirse en términos clínicos y que requiere un régimen apropiado de tratamiento. Tienen enormes dificultades para dejar de beber de forma espontánea y, aunque puedan estar sin beber algunos períodos más o menos largos, es muy probable que recaigan en el hábito. La aparición de la sintomatología característica del alcoholismo aparecerá tras largos años de autoengaños o situaciones de indulgencia ante sí mismo para explicarse el consumo abusivo alcohol, y vendrá acompañado de estados depresivos y celos sin causa justificada, así como trastornos metabólicos a nivel celular que ocasionarán amnesias, encefalopatías y una evolución de pronóstico grave. ⁽²⁶⁾

2.1.2.5. Problemas de salud relacionados con el consumo de alcohol

El alcohol ha sido considerado por la O.M.S. como una de las drogas potencialmente más peligrosas para la salud física, psíquica y social de las personas, por encima de sustancias tales como la cocaína, los estimulantes sintéticos, los alucinógenos o los derivados del cannabis. ⁽²⁷⁾

2.1.2.5.1. Problemas conductuales asociados al consumo de alcohol

Los efectos del alcohol sobre la conducta van a ser diferentes y más o menos intensos en función de una serie de variables: con la misma cantidad de alcohol, se embriagarán más rápidamente las personas más delgadas, los jóvenes menores de 17 años y las mujeres; igualmente, favorece la intoxicación la ingesta nocturna y la realizada con el estómago vacío o en un estado de cansancio corporal (Santo Domingo, 1987; Montoro, 1991).

Para mejor explicación se ha dividido en varias fases el estado conductual de un individuo de acuerdo a la cantidad de alcohol ingerido:

- a. Primera fase. Con dosis inferiores a 0.5 grs. de alcohol por litro de sangre, puede aparecer un cierto estado de bienestar y calor en el rostro, inducido por la vasodilatación periférica que ocasiona el alcohol.
- b. Segunda fase. Con cantidades de entre 0.5 a 0.8 grs. de alcohol por litro de sangre, coincidiendo con el comienzo de la intoxicación alcohólica aguda en un individuo adulto de unos 70-75 Kgs. de peso, el sujeto puede experimentar euforia, fases de locuacidad y de depresión, comenzando a perder los reflejos más sencillos. La exactitud de algunos movimientos automáticos como andar, mecanografiar, etc. disminuyen. A partir de los 0.5 grs./l. el estado de ánimo comienza también a exaltarse y la persona se siente fuerte y segura de sí misma, sus reflejos le parecen más activos que nunca, pero en realidad, el tiempo de reacción se alarga y disminuye la coordinación mano-ojo.
- c. Tercera fase. Coincide con la segunda fase de intoxicación aguda (0.8-1.5 grs./l.) los reflejos se alteran todavía más, los movimientos se hacen aún más lentos, la locuacidad se torna en incoherencia verbal, y la persona comienza a discutir, pelear o tomar iniciativas impulsivas sin ningún control.
- d. Cuarta fase. Si la embriaguez progresa, el individuo entrará en una nueva fase de intoxicación (1.5-4 grs./l.), y como consecuencia, se produce una pérdida del equilibrio, se instaura una doble visión, y sigue alterándose la conducta hasta transformarse en comportamiento de tipo psicótico-incoherente.
- e. Quinta fase. Caracterizada por una concentración alcohólica superior a 4 grs. de alcohol por litro sangre. Aquí, el sujeto entra en un estado de sueño profundo de tipo comatoso pudiendo llegar incluso al fallecimiento por depresión bulbar del Sistema Nervioso. ⁽²⁸⁾

2.1.2.5.2. Problemas sociales asociados al consumo de alcohol

a) Desajustes familiares asociados a la dependencia alcohólica

La dependencia alcohólica de un miembro de la familia es un estresor que debilita la resistencia familiar en muchos aspectos y la hace insuficiente o incluso perturbadora en alguna de sus funciones esenciales (Santo Domingo, 1990). A grandes rasgos, introduciremos algunas alteraciones específicas, características de las familias con algún progenitor alcohólico.⁽²⁹⁾

- Alteraciones de la dinámica familiar. Las relaciones intrafamiliares se perturban, repercutiendo igualmente sobre las relaciones extra familiares.
- Ruptura de la estructura familiar. Aumenta la probabilidad de abandono familiar de menores, o de su ingreso en centros de tutela.
- Degradación laboral. La posible pérdida del puesto de trabajo o la disminución de la categoría laboral, afecta emocionalmente a toda la familia.
- Alteración del presupuesto familiar. Es la principal consecuencia material de la degradación laboral.
- Pérdida de estatus. Se producen variaciones en el hábitat en que se inició el problema, tendiendo hacia zonas más de privadas socialmente.
- Conducta agresiva. Son frecuentes los casos de malos tratos y abusos sexuales con los hijos o el cónyuge, especialmente en el caso del alcoholismo masculino.
- Degradación personal. Toda la familia va perdiendo paulatinamente sus relaciones sociales extra familiares y sus fuentes de apoyo social.
- Alteraciones psicológicas y psiquiátricas. Aparecen en distintos miembros de la familia, como consecuencia de las anteriores alteraciones.

b) Perspectivas en el consumo de alcohol y percepción del riesgo

Es esperado que en la adolescencia se presente, con variada intensidad, una gama de problemas psicológicos y sociales, que para quien los tiene son difíciles de entender y sobre todo de manejar por la falta de madurez, experiencia, apoyo y en particular, una base sólida sobre el tema. ⁽³⁰⁾

El adolescente es un ser que reclama con energía su autonomía e individualidad, aunque es profundamente dependiente de su familia, principalmente de sus padres, que a menudo aparecen como uno de los factores determinantes de lo que se ha definido como “la crisis del adolescente”.⁽³¹⁾

Cuando un adolescente vive en un entorno familiar multiproblemático, debe recibir ayuda externa de corte profesional, y sería ideal que la familia participe activamente en un proceso de terapia familiar para entender y ayudar al adolescente.⁽³²⁾

El adolescente debe convencer no solo a sus padres sino también a una parte de sí mismo de que no tiene necesidad de ellos, de que él mismo y sus padres son diferentes. Por lo tanto, el adolescente que cree percibir que no es aceptado, valorado o amado por su familia, llega a sentirse con baja autoestima, generando una proclividad gradual a diversos tipos de riesgo.

Todo este contexto tiene un cierto impacto en el adolescente, quien viene atravesando un particular periodo de desarrollo para consolidar las bases de su salud mental y física y alcanzar la estabilidad del adulto. No hay que perder de vista que la adolescencia constituye la última oportunidad de la persona para establecer la estructura de su personalidad.

El adolescente ensaya modos de vida alternativos que pueden sustituir aquellos que durante su infancia resultaban incuestionables. Normalmente los adolescentes presentan diversos grados de vulnerabilidad, frente al estrés, la frustración y la ansiedad, lo que ocasiona que se incremente la probabilidad o el riesgo de involucramiento y desarrollo de ciertos comportamientos adictivos, con y sin sustancias.⁽³³⁾

En la cadena de factores de riesgo que pueden afectar al adolescente encontramos a los trastornos afectivos como la depresión y ansiedad, trastornos de déficit de atención y trastornos de comportamiento como la agresividad y los rasgos antisociales. No son menos importantes algunos factores coadyuvantes como el bajo rendimiento, el fracaso y la deserción escolar; el embarazo temprano en las

adolescentes, la presencia de disfunción familiar, trastornos psiquiátricos y antecedentes de adicciones en el entorno, principalmente en los progenitores. ⁽³⁴⁾

Sobre la conducta de consumo de alcohol, cuando se indaga directamente con adolescentes y jóvenes bebedores respecto a las razones del mantenimiento en el consumo, suelen esgrimir argumentos como la necesidad de ser aceptados por el entorno o por los pares; la imitación de los amigos y compañeros, la curiosidad, el sentimiento de invulnerabilidad, la disponibilidad o el acceso a las bebidas alcohólicas, entre otros factores. También, en no pocos casos, tienen como referente el entorno familiar, y dentro de él principalmente a sus padres.

Hay estudios que confirman que muchos adolescentes y jóvenes tienen el ejemplo en casa, en sus padres, cuando beben alcohol, por tanto, muchos de ellos solo buscan probar en una sola ocasión para experimentar qué se siente, aunque muchos se habituarán al consumo.

Los adolescentes que están en lucha interna con sus sentimientos, que no logran canalizar y descargar adecuadamente y de forma constructiva sus inquietudes y emociones, suelen encontrar en los efectos del alcohol la mejor salida a su angustia o desesperación, dado que los libera artificialmente de esas tensiones; así, el joven aprende a evadir de la realidad.

Una vez instalada la dependencia a determinada sustancia, el problema queda desplazado, el joven sufre dado que necesita la droga y esta calma el sufrimiento. Una de las consecuencias más severas de la dependencia a sustancias en adolescentes que comienzan el consumo precozmente es que la enfermedad adictiva, tal como se advirtió en las consecuencias neuropsicológicas del abuso de drogas, interfiere significativamente el proceso de elaboración mental necesario para superar esta fase de desarrollo.

Otro factor que interviene tanto en el inicio como en la adaptación del consumo es la familia misma. Los riesgos pueden ser la percepción y actitud de los padres respecto al alcohol y otras drogas y al consumo, la educación y las medidas disciplinarias inconsistentes con respecto al consumo de sustancias de los hijos, la

vulnerabilidad genética, etc. Otro problema que enfrenta el adolescente es el estrés generado por sucesos familiares como la separación o el divorcio de los padres, la formación de parejas nuevas o el fallecimiento de uno de ellos, enfermedad, y otros.

Finalmente, hay ciertas características de la personalidad y el comportamiento de los adolescentes que pueden servir de indicadores cuando están involucrados en el abuso o dependencia a sustancias, como son los factores ambientales que influyen en el desarrollo de la habituación, como el rendimiento y abandono de los estudios, apatía, déficit motivacional, alejamiento de la familia, actitud pro consumo, cambios en el carácter, pocas actividades extraescolares y la débil comunicación con los padres, porque los adolescentes consumidores son más proclives a experimentar altas tasas de ansiedad y depresión, frente a los que no consumen sustancias.⁽³⁵⁾

2.1.3. COMPETENCIA SOCIAL

2.1.3.1. DEFINICIONES

De acuerdo a Lineham, citado por García, la competencia social es la capacidad compleja para emitir conductas o patrones de respuesta que optimicen la influencia interpersonal y la resistencia a la influencia social no deseada, eficacia en los objetivos, mientras que al mismo tiempo optimiza las ganancias y minimiza las pérdidas en la relación con la otra persona, eficacia en la relación, y mantiene la propia integridad y sensación de dominio y eficacia en el respeto a uno mismo.⁽³⁶⁾

Según Olivos, el concepto de competencia social, señala que son las habilidades para desempeñarse en su grupo social a través de la interacción social, que implica el conocimiento que posee acerca de su rol en el grupo social; las habilidades y conductas emitidas dentro del grupo social, las impresiones o atribuciones hechas acerca de los diferentes actores sociales; y la calidad del proceso de interacción incluyendo los numerosos componentes relacionados: conocimiento, habilidades, contexto y resultados.

La competencia social interpersonal es el proceso por el cual la persona se relaciona eficazmente con otros en términos generales. La competencia se manifiesta en la conducta eficaz y/o apropiada, y la eficiencia es definida como el logro de los objetivos o el éxito en la tarea. La competencia asimismo está relacionada con la satisfacción, maximizándose la recompensa sobre los costos, lo cual tiene un efecto positivo resultante del éxito alcanzado. El concepto apropiado o adecuado refleja el tacto o cortesía y es definido como la evitación de transgredir normas sociales, roles o expectativas.⁽³⁷⁾

Gresham y Reschly citados por Bermúdez, señalan que la competencia social es un constructo multidimensional en el que se incluyen destrezas sociales, cognitivas, emocionales y de comportamiento necesarias para una adaptación social exitosa.

Davidson, Welsh y Bierman, citador por Bermúdez, señalan que la competencia social es la condición de la persona de poseer las habilidades y los comportamientos sociales, emocionales e intelectuales necesarios para tener éxito como miembro de la sociedad.⁽³⁸⁾

En el concepto de Gento y Mata, señalan que la competencia social es un constructo multidimensional, definido como la capacidad del sujeto para organizar su pensamiento y conducta en un curso integrado de acción, que persigue unas metas sociales o interpersonales, culturalmente aceptables, siendo las habilidades sociales, un componente de este constructo.⁽³⁹⁾

Castro define la competencia social como un conjunto de habilidades, capacidades, destrezas, relacionadas a la conducta, que posibilitan que el niño, adolescente o el adulto, mantenga relaciones positivas consigo mismo y con los otros y que afronte, de modo efectivo y adaptativo, las demandas de su entorno social.⁽⁴⁰⁾

2.1.3.2. Modelo teórico de la competencia social

Moraleda realizó el modelo teórico de la competencia social, el mismo que explicaría la mayor o menor adaptación social. Este modelo se basa en componentes que se dividen en: componentes actitudinales, cognitivos y procedimentales.

2.1.3.2.1. Componentes actitudinales de la competencia social

Estos se presentan en los adolescentes a través de tres factores que incluyen: un factor prosocial que facilita las relaciones sociales, otro factor aversivo que las destruye y un último factor asocial que las inhibe. Dentro del factor prosocial se encuentran dos tipos de componentes actitudinales: la solidaridad y el liderazgo social. La solidaridad tiene que ver con mantener relaciones de ayuda con los demás y se manifiesta en los adolescentes en forma de; conformidad con lo socialmente correcto, empatía, ayuda y colaboración con los otros, seguridad y confianza en sí mismo en la interacción. El liderazgo social se refiere a llevar la iniciativa dentro de un grupo, organizando y planificando actividades.

En el factor aversivo se presentan dos variables actitudinales socialmente negativas que son la agresividad- terquedad y la dominancia. Este factor asocial también agrupa dos tipos de variables actitudinales socialmente negativas que consisten en el retraimiento y la timidez.

2.1.3.2.2. Componentes cognitivos de la competencia social

Existen una serie de procesos y estrategias cognitivos relacionados con las actitudes que pueden favorecer o perjudicar las relaciones sociales de los adolescentes, dentro de los cuales se encuentran la calidad de percepción de los adolescentes, los estilos cognitivos del adolescente y sus habilidades en la resolución de problemas sociales.

a. Relacionados con la calidad de percepción de los adolescentes:

- Percepción positiva frente a percepción negativa de las situaciones sociales y de la relación social que se establecen en ellas. La percepción positiva llevará a que el adolescente establezca relaciones sociales adaptadas mientras que si es negativa será probable que sean inadaptadas
- Locus de control interno frente a locus externo. La atribución causal interna y controlable de las relaciones sociales es una buena predictora de las relaciones sociales adaptadas, sucede lo contrario si la atribución es externa.

- Percepción del estilo educativo de la familia como democrático frente a autoritario. Si el estilo educativo de los padres es democrático, es mayor la probabilidad de que el adolescente tenga relaciones sociales adaptadas.
- b. Relacionados con los estilos cognitivos del adolescente:
- Reflexión frente a impulsividad. La reflexión está relacionada con el control del adolescente, con ser sensato y meditar las acciones, la impulsividad tiene que ver con los cambios de humor rápido, con la impaciencia y la agresividad manifestando una mayor conflictividad con los demás. La reflexión conlleva una mejor adaptación social.
 - Dependencia frente a independencia de campo. La dependencia tiene que ver con dejarse influir por los demás, querer comunicarse y relacionarse. La independencia tiene que ver con la tendencia a sentirse como persona aislada, en contra del sistema y está relacionada con una peor adaptación social.
 - Divergencia frente a convergencia. La divergencia se relaciona con la capacidad para acoplarse a diferentes contextos, con ser emotivo y expresivo. Mientras que la convergencia se relaciona con la seriedad y la rigidez de pensamiento. La divergencia crea una mejor adaptación.
- c. Relacionados con la habilidad en la solución de problemas sociales: Una mayor habilidad para solucionar los problemas lleva a una mejor adaptación. Es importante que los adolescentes posean habilidad para:
- Observar y retener la información importante dentro de un problema.
 - Buscar diferentes soluciones a un problema.
 - Ser capaz de percibir las consecuencias que se derivan de un problema
 - Saber elegir los medios adecuados para alcanzar los objetivos propuestos.

2.1.3.2.3. Componentes procedimentales de la competencia social

Se refiere a las formas de actuar de los adolescentes en las situaciones sociales. Se ha señalado que existen dos tipos de componentes procedimentales:

- a. Estrategias cognitivas sociales. Son los planes de acción mental que sirven para el desarrollo de una determinada actitud social, son importantes dentro de la competencia social de los adolescentes.
- b. Habilidades sociales. Siendo importante el elemento conductual, pueden ser funcionales o no dependiendo de la situación social y de la frecuencia con la que se usen.⁽⁴¹⁾

2.1.3.3. Desarrollo de la competencia social

El desarrollo de la competencia social es un proceso que sucede de forma natural a través de las interacciones sociales cotidianas a lo largo de la vida. Durante la infancia y la adolescencia, la forma de educar de la familia y la escuela, junto con la experiencia de interacción entre iguales, son las principales influencias para la adquisición y desarrollo de la competencia social. Sin embargo, si las influencias que el niño recibe de la familia y la escuela no son favorables, entonces pueden surgir una serie de déficits de competencias sociales, problemas de conducta y trastornos psicológicos, que afectan de forma negativa las relaciones interpersonales y, por lo tanto, disminuyen la calidad de vida y salud de las personas.⁽⁴²⁾

A través de la educación se fomenta el desarrollo de valores, los cuales son formados en base al medio social en que se desenvuelve cada adolescente, gracias a ella, los niños y adolescentes se insertan y se adaptan a su medio social. Cuando ocurre lo contrario, surge la inadaptación social que es un comportamiento adquirido que se muestra en la interacción con los demás y que no encaja en los patrones de comportamiento socialmente aceptados por la comunidad. La escuela puede ser causa de inadaptación social a través del “fracaso escolar” que se origina en una serie de dificultades en el proceso de aprendizaje.⁽⁴³⁾

Esta inadaptación escolar, hace que se genere rechazo hacia la escuela y los valores impartidos en ella, lo que se manifiesta a través de conductas de conflicto y ruptura con las normas establecidas en la comunidad educativa, que derivan en inadaptación social.

De este modo, la inadecuada competencia social se relaciona con baja aceptación, rechazo y aislamiento por parte de los iguales, con problemas emocionales y escolares y desajustes psicológicos, comportamientos problemáticos como el bajo rendimiento escolar, la delincuencia juvenil y las adicciones, las que han sido relacionadas negativamente con la competencia social.⁽⁴²⁾

Otros comportamientos problemáticos como son las conductas disruptivas en el aula tienen muchas veces su origen en la inadaptación social, estas conductas disruptivas, pueden llegar a grados extremos de agresión, y en este contexto, el aula y/o el centro escolar constituyen una fuente de estrés y conflicto para los alumnos y profesores, deteriorando las relaciones interpersonales y el rendimiento escolar.

De forma contraria, el contexto escolar, también puede constituirse en un ámbito ideal para fomentar el desarrollo de la competencia social, que permitan poner en práctica estrategias y habilidades que favorezcan la adaptación social. En las aulas y centros escolares, se pueden fomentar el desarrollo de habilidades sociales desde la infancia, siendo necesario promover el desarrollo de la autonomía, autoestima, autorregulación y la aceptación de las normas sociales y por otro las habilidades de interacción social y de comunicación que permitan que los adolescentes mejoren las relaciones que tienen con su entorno social y físico, ayudando a mejorar la comunicación con sus pares y con los adultos, lo cual es muy importante considerando que la competencia social que se desarrolla desde la infancia favorece la adaptación social y escolar, así como el adecuado ajuste psicológico durante la adolescencia y luego, en la edad adulta.

La competencia social permite que la persona se desarrolle en áreas que aseguran un correcto ajuste personal y social, de forma que la adaptación surge como resultado de poseer y poner en práctica una serie de estrategias y habilidades consideradas social y culturalmente como positivas, lo contrario de esto aumenta el riesgo de conducta antisocial y fracaso personal y social.⁽⁴¹⁾

2.1.3.4. Dimensiones de la competencia social

2.1.3.4.1. Habilidades sociales

Los adolescentes se van distanciando y desvinculando de sus padres y comienzan a pasar más tiempo fuera de casa con sus compañeros, de tal forma que el grupo de iguales pasa a constituir el contexto de socialización preferente y una importante fuente de apoyo. También aumentan las interacciones con el sexo opuesto. En general, tener amigos constituye un factor muy relevante y gratificante para los adolescentes, siendo un claro indicador de buenas habilidades interpersonales y de un buen ajuste psicológico posterior ⁽⁵²⁾

2.1.3.4.2. Impulsividad

Mencionan que una de las definiciones vigentes y con la cual varios autores han interpretado sus postulados sobre esta conducta, es la de considerar a la impulsividad como un rasgo de personalidad dimensional que se ha aplicado a muchos aspectos diferentes del comportamiento en los seres humanos, caracterizado por el déficit en la inhibición de la conducta, el cambio de comportamiento ante la demanda del medio ambiente y la tolerancia para el retraso de la gratificación. ⁽⁵³⁾

2.1.3.4.3. La sobreconfianza

Puede afectar nuestra forma de pensar y consecuencia, afectar la forma en que tomamos decisiones. Esto puede ser perjudicial para nuestras inversiones. Por eso es clave entender que es la Sobreconfianza y tomar precauciones. La Sobreconfianza se refiere al proceso psicológico por el cual podemos estimar por sobre valores reales o más probables debido a un grado alto de subjetividad interno o externo. ⁽⁵⁴⁾

2.1.3.4.4. Soledad

Teniendo en cuenta que el adolescente debe afrontar la elección de una carrera o trabajo, de pareja, la redefinición de su vínculo con el grupo primario y con los pares, desde líneas teóricas clásicas se plantea que es el momento en que el adolescente advierte su condición de ser único y puede experimentar sentimientos de soledad. Igualmente Heinrich, Gullone (2006), para estos autores el adolescente tiene expectativas respecto a las relaciones sociales y espera lealtad, apoyo e intimidad. ⁽⁵⁵⁾

2.1.3.4.5. Amistad:

La amistad se considera una relación que se construye a lo largo del tiempo y que puede llegar a ser perdurable; se basa en aspectos como la confianza, la comunicación, la intimidad, el afecto y el conocimiento mutuo, donde se comparten constantemente sueños y esperanzas, y se planifican y realizan distintas actividades de mutuo interés.⁽⁵⁶⁾

2.2. MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 ADOLESCENCIA: Es la etapa de transición de la niñez a la adultez. Compreendida entre los 10 y los 19 años.

2.2.2. CONSUMO DE ALCOHOL: Definida como la identificación de las veces que refirió consumir o no alcohol el adolescente.

2.2.3. COMPETENCIA SOCIAL: Es un constructo multidimensional en el que se incluyen destrezas sociales, cognitivas, emocionales y de comportamiento necesarias para una adaptación social exitosa.

2.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.

Ho: No existe relación entre el consumo de alcohol y la competencia social en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria José Antonio Encinas, Puno 2017.

Ha: Existe relación entre el consumo de alcohol y la competencia social en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria José Antonio Encinas, Puno 2017.

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

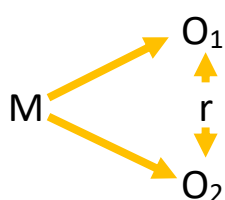
3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN:

La investigación es de tipo descriptivo correlacional, de corte transversal.

3.1.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

En la presente investigación se aplicó el diseño descriptivo correlacional, porque se estableció la relación del consumo de alcohol y la competencia social en el adolescente.⁽⁴²⁾

El diagrama que corresponde es el siguiente:



Dónde:

M: Muestra de adolescentes.

O₁: Consumo de alcohol (Cuestionario de Escala de riesgos asociados al consumo de alcohol).

O₂: Competencia social (Cuestionario de escala de competencia social).

r: Grado de relación existente (Coeficiente de Correlación).

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA DE INVESTIGACIÓN

Se consideró como población y muestra a un total de 113 adolescentes de ambos sexos con edades comprendidas de 14 a 17 años, estudiantes de 3ro, 4to y 5to grado, de la Institución Educativa Secundaria José Antonio Encinas Puno, en el periodo de Setiembre a Octubre del 2017; distribuidos en la siguiente tabla. ⁽⁴⁰⁾

Grado	Número de alumnos por sección		Total
	A	B	
Tercero	19	18	37
Cuarto	14	25	39
Quinto	15	22	37
Total	48	65	113

Fuente: nómina de matriculados de la I.E.S. José Antonio Encinas de Puno-2017

En la muestra se consideraron los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Estudiantes de ambos sexos, matriculados en el 3ro, 4to y 5to grado de la Institución Educativa Secundaria José Antonio Encinas
- Estudiantes que repitieron el año académico
- Adolescentes que se encuentran en clases al momento de la aplicación del instrumento y que aceptan participar en la investigación.

Criterios de exclusión:

- Estudiantes de ambos sexos, que cursan 1ro y 2to grado de educación en la Institución Educativa Secundaria José Antonio Encinas
- Estudiantes de otras instituciones Educativas

3.3 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La información se recolectó mediante las técnicas: entrevista y encuesta respectivamente.

3.3.1. Instrumentos

3.3.1.1. Consumo de alcohol, la técnica que se utilizó es una entrevista oral y el instrumento es el test de identificación de desórdenes por consumo de alcohol. (ANEXO 03)

Test Audit, se utiliza como una entrevista oral o como un cuestionario escrito, se recomienda dar una explicación a los adolescentes sobre el contenido de las preguntas y el motivo por el que se realizan éstas y la necesidad de responderlas adecuadamente; es fácil de puntuar.

El AUDIT es el instrumento de medida recomendado por la Organización Mundial de la Salud, creado en 1982 con una validez de 94% y confiabilidad test retest de 86%; el instrumento también fue validado por el MINSA, que en la actualidad se convirtió en un instrumento indispensable para prevención primaria; también fue validado por varios expertos, por tratarse de un cuestionario breve, eficaz, ya que explora la cantidad y la frecuencia de consumo, la presencia de trastornos relacionados con el alcohol, la dependencia y las consecuencias de su consumo; por tanto, es de gran utilidad y aplicabilidad en atención primaria.

El AUDIT muestran una confiabilidad importante, lo que está en concordancia con investigaciones realizadas en adolescentes ($\alpha = 0,83$), personas con desórdenes mentales ($\alpha = 0,89$), en atención primaria ($\alpha = 0,81$) (27) y lo encontrado en revisiones de la literatura, donde se describe que es un buen instrumento para la detección no solo del riesgo sino que también de la dependencia en el consumo de alcohol.

El cual permitió determinar el consumo de alcohol de los adolescentes. Consta de 10 preguntas agrupado en 3 áreas; los cuales cada uno son para marcas entre 5 opciones los cuales la puntuación es desde 0 a 4 puntos; nunca (0), Menos de una vez al mes (1), semanalmente (2), mensualmente (3) y A diario o casi a diario (4), cada uno equivale a

un puntaje. Los ítems 1 al 3 representa al área que explora la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol, del ítem 4 al 6 son del área que indica que existe dependencia de consumo de alcohol, los ítems 7 al 10 son del área de consumo dañino o perjudicial. La calificación es de la siguiente manera:

CATEGORÍA	HOMBRE	MUJER	PUNTAJE TOTAL
Bajo	0 a 7	0 a 5	Entre 0 a 7 puntos
Moderado	8 a 12	6 a 12	Entre 8 a 12 puntos
Alto	13 a 40	13 a 40	Entre 13 a 40 puntos

Fuente: Ministerio de Salud. Intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol de riesgo

3.3.1.2. Competencia Social, la técnica que se utilizó es una encuesta y el instrumento es el cuestionario de la escala de competencia social. (ANEXO 04)

El cual permitió determinar la competencia social de los adolescentes. Consta de 62 preguntas agrupado en 5 áreas; los cuales cada uno son para marcar entre 5 opciones los cuales la puntuación es desde 1 a 4 puntos; nunca (1), A veces (2), A menudo (3) y Siempre (4), cada uno equivale a un puntaje. Los ítems 22, 5, 30, 3, 11, 21, 14, 2, 4, 35, 7, 19, 8, 62, 61, 17, 15, 29, 18, 6, 53, 60, 39 y 41 representa al área de impulsividad, del ítem 55, 56, 47, 58, 34, 37, 43, 46, 50, 32, 31, 42, 44, 23, 24, 59, 40 y 52 son del área de indica habilidades sociales apropiadas, los ítems 13, 10, 12, 28, 16, 9, 27, 20, 1 son del área de amistad, del ítem 51, 45, 36, 54, 33, 57 y 38 son del área de sobreconfianza/celos, del ítem 26, 48, 25 y 49 son del área de indica soledad/ansiedad social. La calificación es de la siguiente manera:

CATEGORÍA	IMPULSIVIDAD	HABILIDADES SOCIALES APROPIADAS	AMISTAD	SOBRECONFIANZA/CELOS	SOLEDAD/ANSIEDAD SOCIAL	PUNTAJE TOTAL
Baja	24 a 48	18 a 36	9 a 18	7 a 14	4 a 8	62 a 124
Media	49 a 73	37 a 55	19 a 28	15 a 22	9 a 12	125 a 187
Alta	74 a 96	56 a 72	29 a 36	23 a 28	13 a 16	188 a 248

Fuente: elaboración propia

Para la evaluación del instrumento se utilizó una escala nominal considerando puntuaciones del 1 y 4 según sea la pregunta, ingresando en un matriz y seguidamente pasar al programa SSPS v. 24.

3.3.1.2.1. Validez y confiabilidad del instrumento

Validez

El cuestionario fue validado mediante un informe de opinión de expertos (ANEXO 05) el cual indica que el instrumento de medición de la variable es válido en su contenido porque el resultado es menor al nivel de significancia de 0,05; estuvo conformado por profesionales en el área de salud, el cual fue aprobado para su aplicación, la concordancia entre jueces con respecto a las dimensiones de habilidades sociales apropiadas, impulsividad, sobreconfianza, soledad y amistad; para la presente investigación los ítems fueron revisados y adaptados a nuestro medio; así mismo, se realizó una prueba piloto para validar la funcionalidad del instrumento, la cual estuvo conformada por 16 estudiantes de cuarto, para la validación se procesó estadísticamente con el Alfa de Cronbach siendo de 0.867 y la confiabilidad de la prueba estadística se tiene el Alfa de Cronbach que fue 0.857.

Confiabilidad

Se utilizó los datos de la prueba piloto, se tiene el alfa de Cronbach de 0.857 para la confiabilidad, lo cual garantiza que el instrumento es confiable y válido. (ANEXO 06)

3.4 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para la recolección de datos se realizó lo siguiente:

a) Coordinación.

- ❖ Se solicitó a decanatura de la Facultad de Enfermería una carta de presentación dirigido al director de la I.E.S. Jose Antonio Encinas de Puno.
- ❖ Se presentó el documento emitido al director de la institución, para solicitar su autorización para la ejecución del proyecto de investigación.
- ❖ Se obtuvo el consentimiento informado de los estudiantes para contar con la autorización requerida e iniciar la aplicación de los instrumentos.

- ❖ Una vez realizada las coordinaciones pertinentes y contando con los consentimientos informados, se procedió con la recolección de datos.

b) Ejecución.

- ❖ Se coordinó con los docentes de las diferentes asignaturas para que cedieran una hora pedagógica de 12.30pm a 13.15pm todos los días, para la aplicación de la entrevista oral y con los docentes de tutoría para la aplicación del cuestionario en sus respectivos horarios.
- ❖ El lugar de la aplicación de la entrevista fue en el aula de educación física de la Institución Educativa Secundaria “JAE”.
- ❖ El lugar de la aplicación del cuestionario fue en las aulas de los respectivos tutores de la Institución Educativa Secundaria “JAE”.
- ❖ Se elaboró un cronograma de visita según el horario de la Institución. (ANEXO 07)
- ❖ Al momento de la aplicación de la entrevista oral, previo saludo cordial al adolescente y agradecimiento por la aceptación se procedió a dar a conocer los objetivos del estudio.
- ❖ Al aplicar el cuestionario, previo saludo cordial al adolescente y agradecimiento por la aceptación se procedió a dar a conocer los objetivos del estudio.
- ❖ La recolección de datos duro 38 días se concluyó el 01 de noviembre del 2017.

3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.

Procedimientos descriptivos.

Después de realizar la ejecución y la obtención de datos, se procederá a establecer los resultados mediante las siguientes acciones:

- ❖ Codificación del instrumento con la información recolectada.
- ❖ Traslado de la información al formato digital Excel (Base de datos), para posteriormente procesarlos en el programa SPSS versión 24.
- ❖ Se elaboran las tablas correspondientes en base de los objetivos de la investigación, teniendo en cuenta los objetivos y las variables.
- ❖ Finalmente se realizó el análisis respectivo.

Procedimientos inferenciales.

Se utilizó la estadística descriptiva, (porcentajes y cuadros estadísticos bidimensionales) para determinar si se relacionan el consumo de alcohol y las competencia social.

Para el contraste de la hipótesis ($H_i: \mu_0 \neq \mu_1$ $H_o: \mu_0 = \mu_1$) se utilizó la prueba estadística de la Chi Cuadrada, cuyo proceso se describirá de la siguiente forma:

$$X^{2*} = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^k \frac{(n_{ij} + e_{ij})^2}{e_{ij}}$$

n_{ij} : Frecuencia observada para la intersección de la clasificación de filas y columnas.

e_{ij} : Frecuencia esperada, que se obtiene de la multiplicación del total de filas; o por el total de columnas, dividido por el total de casos(n).

X^{2*} : Chi cuadrada calculada.

X^{2^s} : Chi cuadrada tabulada.

i : Numero de filas.

j : Numero de columnas.

r y k : Grados de libertad.

Regla de decisión:

Si $X^{2*} > X^{2^s}$, 0.05= se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

OG

TABLA 01

RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE ALCOHOL Y LA COMPETENCIA SOCIAL EN ESTUDIANTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO 2017

Competencia social / Consumo de alcohol	Bajo		Media		Alta		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Bajo	2	1,77	68	60,18	0	0,00	70	61,95
Moderado	24	21,24	19	16,85	0	0,00	43	38,05
Alto	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total	26	23,01	87	76,99	0	0,00	113	100

Fuente: Resultados obtenidos del Audit y Messy

En la tabla podemos visualizar que los adolescentes muestran bajo consumo de alcohol y competencia social media en un 60,18%; moderado consumo de alcohol y competencia social baja en un 21,24%; moderado consumo de alcohol y competencia social media en un 16,85% y bajo consumo de alcohol con baja competencia social en un 1,77%.

Estadísticamente, según la prueba de la Chi cuadrada, se confirma que existe relación significativa entre consumo de alcohol y competencia social en adolescentes, porque se obtuvo $X^2_c = 21.281 > X^2_t = 07.89$

OE1

TABLA 02

FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL SEGÚN GÉNERO EN ESTUDIANTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA JOSÉ ANTONIO ENCINAS.

Consumo de alcohol \ Género	Femenino		Masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Bajo	42	37,17	51	45,13	93	83,30
Moderado	6	5,31	14	12,39	20	17,70
Alto	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total	48	42,48	65	57,52	113	100

Fuente: Resultados obtenidos del Audit

En la tabla podemos visualizar la distribución porcentual de consumo de alcohol en adolescentes, donde: el 83,30% de la población tienen bajo consumo de alcohol y moderado consumo de alcohol con 17,70%. El 5,31% del sexo femenino presentó un consumo moderado, mientras que en el sexo masculino fue del 12,39%. En el sexo masculino el consumo moderado de alcohol fue mayor que en el sexo femenino en un 7,08%.

OE2

TABLA 03

COMPETENCIA SOCIAL EN LAS DIMENSIONES HABILIDADES SOCIALES APROPIADAS, IMPULSIVIDAD, SOBRECONFIANZA, SOLEDAD Y AMISTAD EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA JOSÉ ANTONIO ENCINAS.

Competencia social Categoría	Habilidades sociales apropiadas		Impulsividad		Sobreconfianza		Soledad/Ansiedad social		Amistad		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Bajo	10	8,85	96	84,96	79	69,91	93	82,30	11	9,73	32	28,32
Media	75	66,37	17	15,05	33	29,20	18	15,93	70	61,95	81	71,68
Alto	28	24,78	0	0,00	1	0,88	2	1,77	32	28,32	0	0,00
Total	113	100,0	113	100,0	113	100,0	113	100,0	113	100,0	113	100,0

Fuente: Resultados obtenidos del Messy

En la tabla se evidencia que la competencia social de los adolescentes es media en un 71,68%; baja competencia social es de 28,32% y no se encuentra ningún adolescente con competencia social alta. También en la dimensión de habilidades sociales apropiadas, el 66,37% de adolescentes presenta nivel medio de habilidades sociales apropiadas, el 24,78% presenta nivel alto y baja competencia social en un 8,85%; en la dimensión de impulsividad, el 84,96% de adolescentes presenta nivel bajo de impulsividad, el 15,05% presenta nivel medio y ningún adolescente tiene alta impulsividad; en la dimensión de sobreconfianza, el 69,91% de adolescentes presenta nivel bajo, el 29,20% presenta nivel medio y alta el 0,88%; en la dimensión de soledad, el 82,30% de adolescentes presenta nivel bajo, el 15,93% presenta nivel medio y alta el 1,77%; por último en la dimensión de amistad, el 61,95% de adolescentes presenta nivel medio, el 28,32% presenta nivel alto y bajo el 9,73%.

4.2. DISCUSIÓN.

Tabla 01: Al contrastar los resultados en el estudio se puede apreciar que estadísticamente la Chi cuadrado tiene un valor de significancia 0.002 ($p < 0.05$), por consiguiente se afirma que existe una relación entre el consumo de alcohol y la competencia social.

Asimismo al determinar la relación entre el consumo de alcohol y la competencia social se comprobó que los adolescentes con bajo consumo de alcohol presentan en una máxima proporción competencia social media, pero adolescentes con moderado consumo de alcohol presentan en un máximo competencia social baja. Tanto hombres como mujeres se encuentran en una etapa de cambios biopsicosociales permanentes, lo que les hace vulnerables a tomar decisiones incorrectas que podrían perjudicar la salud del adolescente, ya sea temprano o incluso tardíamente llevándolos a la muerte. La competencia social tiene un valor altamente significativo en el consumo de alcohol, el desarrollo de la competencia social es un proceso que sucede de forma natural a través de las interacciones sociales cotidianas a lo largo de la vida. Durante la infancia y la adolescencia, la forma de educar de la familia y la escuela, junto con la experiencia de interacción entre iguales, son las principales influencias para la adquisición y desarrollo de la competencia social. Sin embargo, si las influencias que el niño recibe de la familia y la escuela no son favorables, entonces pueden surgir una serie de déficits de competencias sociales, problemas de conducta y trastornos psicológicos, que afectan de forma negativa las relaciones interpersonales y, por lo tanto, disminuyen la calidad de vida y salud de las personas.

En el marco de las observaciones anteriores, se estableció la relación existente entre las variables consumo de alcohol y la competencia social, en términos de bajo, medio y alto; si bien es cierto, los resultados de una investigación nacional realizada en la ciudad de Arequipa con el objetivo de conocer la relación existente entre el consumo de alcohol y la competencia social en estudiantes adolescentes. Se encontró una prevalencia de bajo consumo de alcohol en un 87,05%, moderado consumo de alcohol en un 10,36% y alto consumo de alcohol en un 2,07%, mientras que en el presente estudio no se encontró ningún adolescente con alto consumo de alcohol. Por otra parte los resultados en cuanto a la competencia social si se asemejan en cuanto a baja

competencia social en un 27,46%, competencia social media en un 72,54% y no se encontró a ninguno con alta competencia social.

Tabla 02: Respecto al consumo de alcohol en los adolescentes, se comprobó que los adolescentes con bajo consumo de alcohol representan una mayor proporción que los adolescentes con moderado consumo de alcohol. Los adolescentes que están en lucha interna con sus sentimientos, que no logran canalizar y descargar adecuadamente y de forma constructiva sus inquietudes y emociones, suelen encontrar en los efectos del alcohol la mejor salida a su angustia o desesperación, dado que los libera artificialmente de esas tensiones; así, el joven aprende a evadir de la realidad. Resulta alarmante el consumo de alcohol en menores de edad, aun y cuando la venta de alcohol es ilegal antes de los 18 años, lo que pone en evidencia la legislación flexible sobre la comercialización de bebidas alcohólicas en nuestro país.

Por lo cual el consumo de alcohol entre los adolescentes suscita preocupación social. Asimismo, ciertas características de este período evolutivo pueden facilitar el consumo de alcohol. Por otro lado, el consumo de esta sustancia suele iniciarse en esta etapa de la vida. Es complejo determinar cuándo el consumo adolescente de alcohol resulta problemático, ya que la aparición de secuelas físicas requiere que se haya estado abusando de esta sustancia cierto tiempo. Según la encuesta sobre drogas, el 28,5% de los escolares han sufrido alguna repercusión negativa del consumo de alcohol, principalmente problemas de salud, riñas, discusiones y conflictos familiares.

En relación al consumo de alcohol analizado a partir de frecuencia, en su mayoría presentan valores bajos tanto en el género femenino como en el género masculino, sin embargo se verificó que el 5% de mujeres y 12% de los varones, respecto a la prevalencia de moderado, es un problema de salud pública. Estos resultados encontrados en el presente estudio difieren a los encontrados por Cardenas A, Apaza L. (2016); en su investigación sobre consumo de alcohol y su relación con la competencia social en los Adolescentes. Ya que se encontraron adolescentes con consumo de alcohol alto en un 2%. Igualmente Pesantes, Urbina, Quezada, Rodríguez y Padilla (2014); que

señalan un consumo perjudicial en un 11%, lo cual no se encontró en el presente estudio. Del mismo modo Fernández y Toledo (2016); señalan que el consumo de probable dependiente en 18.2%.

Incluso Carrasco C., Quispe C., Quispe J., Ávalos L. Señalan de que el consumo de alcohol afecta las emociones, la personalidad, y las habilidades físicas y mentales donde está inmerso el uso de la memoria, y es en esta etapa de la adolescencia donde se facilita el consumo de alcohol en países latinoamericanos. También Chicaiza (2013), señalan un 65 % de adolescentes consumen alguna bebida alcohólica lo que representa la mayor cantidad de adolescentes, estos resultados muestran la similitud con el presente estudio, se puede decir que a mayor edad el consumo de alcohol va incrementando progresivamente.

Por lo cual se concluye que respecto a los motivos del mantenimiento en el consumo, argumentan tener una adecuada conducta de consumo de alcohol, al indagar directamente al adolescente bebedor, manifiestan tener necesidad de ser aceptados por el entorno; la imitación a los amigos y compañeros, la curiosidad, el sentimiento de invulnerabilidad, la disponibilidad o el acceso a las bebidas alcohólicas, entre otros factores. También algunos tienen como referente el entorno familiar, principalmente los padres. También hay estudios que afirman que muchos adolescentes que tienen el ejemplo en casa, de sus padres, cuando ellos beben alcohol, por tanto; muchos de ellos solo buscan probar en una sola ocasión para experimentar qué se siente, aunque muchos se habituarán al consumo.

A medida que los adolescentes empiezan a interesarse por lo que está más allá del entorno del hogar, la visión que tienen de sí mismos, de sus progenitores y del mundo cambia en forma drástica. Con una mayor autonomía, ya no se consideran niños, pero reconocen que todavía no son adultos, empiezan a buscar respuestas a multitud de preguntas. Para construir su identidad y crecer hasta convertirse en adultos sanos, responsables, productivos y con principios deben disponer de acceso a sistemas de apoyo y a oportunidades para establecer relaciones estrechas y duraderas, desarrollar un sentido acerca del valor y sentirse apreciados en la comunidad. Sin ese apoyo, se convierten en seres mucho más vulnerables a la explotación y al maltrato.

Hay estudios que afirman que muchos adolescentes y jóvenes que tienen el ejemplo en casa, de sus padres, cuando ellos beben alcohol, por tanto; muchos de ellos solo buscan probar en una sola ocasión para experimentar qué se siente, aunque muchos se habituarán al consumo.

Por lo cual el consumo de alcohol entre los adolescentes suscita preocupación social. Asimismo, ciertas características de este período evolutivo pueden facilitar el consumo de alcohol. Por otro lado, el consumo de esta sustancia suele iniciarse en esta etapa de la vida. Es complejo determinar cuándo el consumo adolescente de alcohol resulta problemático, ya que la aparición de secuelas físicas requiere que se haya estado abusando de esta sustancia cierto tiempo. Según la encuesta sobre drogas, el 28,5% de los escolares han sufrido alguna repercusión negativa del consumo de alcohol, principalmente problemas de salud, riñas, discusiones y conflictos familiares.

Tabla 03: los resultados obtenidos en la identificación de la competencia social, según las categorías de bajo, medio y alto, en la dimensión de habilidades sociales apropiadas, impulsividad, sobreconfianza, soledad y amistad se obtuvo como resultado competencia social media. De acuerdo a Lineham, citado por García, la competencia social es la capacidad compleja para emitir conductas o patrones de respuesta que optimicen la influencia interpersonal y la resistencia a la influencia social no deseada, eficacia en los objetivos, mientras que al mismo tiempo optimiza las ganancias y minimiza las pérdidas en la relación con la otra persona, eficacia en la relación, y mantiene la propia integridad y sensación de dominio y eficacia en el respeto a uno mismo. ⁽³⁶⁾ El desarrollo de la competencia social es un proceso que sucede de forma natural a través de las interacciones sociales cotidianas a lo largo de la vida. Durante la infancia y la adolescencia, la forma de educar de la familia y la escuela, junto con la experiencia de interacción entre iguales, son las principales influencias para la adquisición y desarrollo de la competencia social. Sin embargo, si las influencias que el niño recibe de la familia y la escuela no son favorables, entonces pueden surgir una serie de déficits de competencias sociales, problemas de conducta y trastornos psicológicos, que afectan de forma negativa las relaciones interpersonales y, por lo tanto, disminuyen la calidad de vida y salud de las personas. ⁽⁴²⁾ Los resultados se asemejan a los encontrados por Cardenas A, Apaza L. (2016); en su investigación sobre consumo de alcohol y su

relación con la competencia social en los Adolescentes. Donde se encontró competencia social media en un 72,54%.

Entorno a la dimensión de habilidades sociales apropiadas. Los resultados obtenidos muestran que el nivel medio predomina, sin embargo un porcentaje considerable presentan alto y en menor predominio es bajo; por lo cual concluimos que aun este grupo aún resta por consolidar e incrementar las habilidades sociales apropiadas en cuanto a esta dimensión. Por lo que se deduce que la mayoría de adolescentes no tiene habilidades sociales apropiadas altas, como el ser una persona participativa, tener el poder de convencimiento, saber decir NO, dar una opinión de lo que piensa y poder pedir ayuda.

De este modo Inglés, Méndez e Hidalgo, 2001; Kimmel y Weier, 1998; Kupersmidt, Coie y Dogde, 1990. los adolescentes se van distanciando y desvinculando de sus padres y comienzan a pasar más tiempo fuera de casa con sus compañeros, de tal forma que el grupo de iguales pasa a constituir el contexto de socialización preferente y una importante fuente de apoyo. También aumentan las interacciones con el sexo opuesto. En general, tener amigos constituye un factor muy relevante y gratificante para los adolescentes, siendo un claro indicador de buenas habilidades interpersonales y de un buen ajuste psicológico posterior. ⁽⁵²⁾ Según Cardenas A, Apaza L. (2016); en su investigación sobre consumo de alcohol y su relación con la competencia social en los Adolescentes. Se observa que el 62,69% de estudiantes presentan nivel medio de habilidades sociales apropiadas, el 27,47% presenta nivel alto y bajo el 9,84%.

En la dimensión de Impulsividad. Los resultados obtenidos muestran que el nivel bajo predomina, sin embargo un porcentaje considerable presentan medio y en menor predominio es alto; por lo cual concluimos que aun este grupo aún resta por consolidar e incrementar las habilidades sociales apropiadas en cuanto a esta dimensión. Por lo que se deduce que la mayoría de estudiantes tiene baja agresividad, demostrando así que el mayor porcentaje de los estudiantes tiene facilidad para poder relacionarse, poseen expresividad emocional y establecen vínculos sociales sin presentar conductas

agresivas. De este modo Dellu-Hagedorn, Trunet, y Simon, 2004; McCloskey et ál., 2009; Moeller et ál., 2001; Swann, Bjork, Moeller & Dougherty, 2002. Mencionan que una de las definiciones vigentes y con la cual varios autores han interpretado sus postulados sobre esta conducta, es la de considerar a la impulsividad como un rasgo de personalidad dimensional que se ha aplicado a muchos aspectos diferentes del comportamiento en los seres humanos, caracterizado por el déficit en la inhibición de la conducta, el cambio de comportamiento ante la demanda del medio ambiente y la tolerancia para el retraso de la gratificación.⁽⁵³⁾ Según Cardenas A, Apaza L. (2016); en su investigación sobre consumo de alcohol y su relación con la competencia social en los Adolescentes. Se observa que el 84,46% de estudiantes presentan nivel bajo de impulsividad, el 15,54% presenta nivel medio y no se encontró en dicho estudio impulsividad alto. Estos resultados se asemejan a los encontrados en el presente estudio.

En la dimensión de sobreconfianza. Los resultados obtenidos muestran que el nivel bajo predomina, sin embargo un porcentaje considerable presentan medio y en menor predominio es alto; por lo cual concluimos que aun este grupo aún resta por consolidar e incrementar las habilidades sociales apropiadas en cuanto a esta dimensión. Por lo que se deduce que la mayoría de estudiantes tienen baja sobreconfianza, es decir, no poseen una sobrevaloración del Yo, su comportamiento no va por encima de los demás y tampoco poseen una conducta de presunción y soberbia. Centro de noticias (2014), La sobreconfianza puede afectar nuestra forma de pensar y consecuencia, afectar la forma en que tomamos decisiones. Esto puede ser perjudicial para nuestras inversiones. Por eso es clave entender que es la Sobreconfianza y tomar precauciones. La Sobreconfianza se refiere al proceso psicológico por el cual podemos estimar por sobre valores reales o más probables debido a un grado alto de subjetividad interno o externo.⁽⁵⁴⁾ Según Cardenas A, Apaza L. (2016); en su investigación sobre consumo de alcohol y su relación con la competencia social en los Adolescentes. Se observa que el 68,39% de estudiantes presentan nivel bajo de sobreconfianza, el 30,05% presenta nivel medio y 1,56% presenta nivel alto. Estos resultados se asemejan a los encontrados en el presente estudio.

En la dimensión de soledad. Los resultados obtenidos muestran que el nivel bajo predomina, sin embargo un porcentaje considerable presentan medio y en menor predominio es alto; por lo cual concluimos que este grupo está consolidado en cuanto a esta dimensión. Por lo que se deduce que la mayoría de adolescentes no se sienten solos ni con ansiedad social, es decir sus relaciones sociales y lazos de amistad son de mayor prioridad, ya que en esta etapa los adolescentes desarrollan una dependencia hacia el grupo social que conforman.⁽⁵⁵⁾ Según Curry (2001), Teniendo en cuenta que el adolescente debe afrontar la elección de una carrera o trabajo, de pareja, la redefinición de su vínculo con el grupo primario y con los pares, desde líneas teóricas clásicas se plantea que es el momento en que el adolescente advierte su condición de ser único y puede experimentar sentimientos de soledad. Igualmente Heinrich, Gullone (2006), para estos autores el adolescente tiene expectativas respecto a las relaciones sociales y espera lealtad, apoyo e intimidad. Según Cardenas A, Apaza L. (2016); en su investigación sobre consumo de alcohol y su relación con la competencia social en los Adolescentes. Se observa que el 64,77% de estudiantes presentan nivel bajo de soledad, el 30,05% presenta nivel medio y 5,18% alto. Estos resultados se asemejan a los encontrados en el presente estudio.

En la dimensión de amistad. Los resultados obtenidos muestran que el nivel medio predomina, sin embargo un porcentaje considerable presentan alto y en menor predominio es bajo; por lo cual concluimos que aun este grupo aún resta por consolidar e incrementar las habilidades sociales apropiadas en cuanto a esta dimensión. Por lo que se deduce que la mayoría de estudiantes tienen amistad media y alta con sus compañeros, es decir que la mayoría de los estudiantes son capaces de expresar sus sentimientos y comprender el de los demás, expresan afecto y tienen una actitud empática. Giró (2011) mencionó que para los adolescentes la amistad está basada en la construcción de grupos de pares o amigos, quienes se convierten en un elemento fundamental para el desarrollo de las competencias sociales, fundamentales para el crecimiento personal y el desarrollo de la autoestima (Helguera, Hernández, y Ponce de León, s.f.). A través de los grupos de amigos, los adolescentes buscan construir y reconstruir su identidad, un sentido de pertenencia, la posibilidad de compartir estilos de vida y la presencia de empatía emocional (Azpiazu, 2010). La amistad se considera una relación que se construye a lo largo del tiempo y que puede llegar a ser perdurable; se

basa en aspectos como la confianza, la comunicación, la intimidad, el afecto y el conocimiento mutuo, donde se comparten constantemente sueños y esperanzas, y se planifican y realizan distintas actividades de mutuo interés (Giró, 2011).(56) Según Cardenas A, Apaza L. (2016); en su investigación sobre consumo de alcohol y su relación con la competencia social en los Adolescentes. Se observa que el 59,07% de estudiantes presentan nivel medio de amistad, el 29,53% presenta nivel alto y 11,40% bajo. Estos resultados se asemejan a los encontrados en el presente estudio.

Finalmente se concluye que la incompetencia social del adolescente es un factor de riesgo para el consumo perjudicial de alcohol, tal como lo señalan Senra y Manzano, considerando que el consumo de alcohol tiene una base de multicausalidad, el autocontrol tiene un rol muy importante porque favorece el afrontamiento constructivo de la inseguridad, en la tolerancia ante las frustraciones y en la firmeza para afrontar críticamente cualquier situación y tomar decisiones personales. El autocontrol y la competencia social son la base de las aptitudes críticas del adolescente que le permitirán poner en orden sus sentimientos, controlar sus impulsos y comunicarse eficazmente con los demás, respondiendo a situaciones sociales de forma reflexiva y responsable. La competencia social tiene un valor altamente significativo en el consumo de alcohol, el desarrollo de la competencia social es un proceso que sucede de forma natural a través de las interacciones sociales cotidianas a lo largo de la vida. Durante la infancia y la adolescencia, la forma de educar de la familia y la escuela, junto con la experiencia de interacción entre iguales, son las principales influencias para la adquisición y desarrollo de la competencia social. Sin embargo, si las influencias que el adolescente recibe de la familia y la escuela no son favorables, entonces pueden surgir una serie de déficits de competencias sociales, problemas de conducta y trastornos psicológicos, que afectan de forma negativa las relaciones interpersonales y, por lo tanto, disminuyen la calidad de vida y salud de los adolescentes.

CONCLUSIONES

PRIMERA: El consumo de alcohol y Competencia social están relacionadas significativamente donde el 21,24 % tienen consumo de alcohol moderado y desarrollan competencia social baja, el 60,18 % presentan consumo de alcohol bajo y desarrollan competencia social media; por lo que se acepta la Ha.

SEGUNDA: Con respecto al consumo de alcohol, los resultados muestran que: El consumo de alcohol en un 83,30% es bajo y 17,70% es moderado, no se observa ningún estudiante con consumo de alcohol alto. En la mayoría de los casos se inicia el consumo por curiosidad y pertenecen al nivel bebedores sin riesgo de alcohol sin llegar a dependencia o a problemas físicos y psíquicos relacionados con el consumo de alcohol.

TERCERA: Con respecto a la competencia social los resultados muestran: La competencia social en un 71,68% es media y 28,32% es baja, no se observa ningún estudiante con competencia social alta. Con respecto a las dimensiones; en la dimensión de habilidades sociales apropiadas, obtienen nivel medio en más de la mitad de los estudiantes; en la dimensión de Impulsividad, es baja en más de las tres cuartas partes; en la dimensión de sobreconfianza, la mayoría obtienen nivel bajo; en la dimensión de soledad /ansiedad social, la mayoría obtienen nivel bajo y en la dimensión de amistad, el nivel obtenido por más de la mitad de estudiantes es media.

RECOMENDACIONES

AL DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA JOSE ANTONIO ENCINAS DE PUNO:

En las horas de Tutoría sensibilizar, concientizar y reforzar, temas sobre competencia social sobre todo en las dimensiones de soledad, sobreconfianza y habilidades sociales apropiadas, esto para poder mejorar la situación actual en cuanto al consumo de alcohol de los adolescentes. Se recomienda además que se instaure un programa de prevención primaria en coordinación con DEVIDA a través de talleres y conferencias con el fin de concientizar en la población de estudio las consecuencias del consumo de alcohol, ya que la mayor parte presenta características de bebedor sin riesgo o consumo de alcohol bajo y a la vez que canalice en el cuidado del ser humano para evitar el incremento de bebedores de riesgo o abuso y dependencia alcohólica a los que son expuestos los adolescentes ante cualquier problemática.

A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE JOSE ANTONIO ENCINAS PUNO:

A través del Programa de Promoción de la Salud coordinar permanentemente con el director de la I.E.S. JAE para realizar charlas informativas o sesiones educativas dirigida a los padres de familia y talleres para los(as) adolescentes teniendo en cuenta que es una población en riesgo. Teniendo en cuenta el paquete de atención integral de salud del adolescente: crecimiento y desarrollo, inmunizaciones, evaluación del desarrollo psicosocial, evaluación del desarrollo sexual, habilidades sociales, salud bucal, consejería integral, intervenciones preventivas y visitas domiciliarias.

A LA FACULTAD DE ENFERMERÍA:

Continuar con las prácticas pre profesional en el centro de desarrollo juvenil del MINSA en la asignatura de salud del escolar y adolescentes enfatizando la prevención del consumo de alcohol y reforzando las habilidades sociales. A través talleres capacitar a los docentes como agentes de la promoción, alumnos y padres de familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Alcohol. [en línea].Publicado; 2015 [acceso 27 de diciembre del 2017]. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>.
2. Velásquez A. La carga de enfermedad y lesiones en el Perú y las otras prioridades del plan esencial de aseguramiento universal. Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública. 2009; 26(2):222-31.
3. Organización Panamericana de la Salud. Alcohol y salud pública en las Américas. Washington, D.C.:OPS; 2012. [acceso 20 de abril del 2017] Disponible en:
http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_public_health_americas_spanish.pdf
4. Organización Mundial de la Salud. Alcohol. [en línea].Publicado; 2015 [acceso 20 de abril del 2017]. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>.
5. Instituto de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud Familiar. 2014. [Acceso 26 de julio del 2017]. Disponible en:
http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/index.html.
6. Instituto de Estadística e Informática. Composición de la población total, por área de residencia y sexo, según grupo de edad. 2011. [Acceso en 25 de marzo del 2017]. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2011/>.
7. Organización Mundial de la Salud. Adolescentes Riesgos para la Salud y Soluciones. 2017. [Acceso 15 abril 2017]. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>.
8. Instituto de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud Familiar. 2014. (Acceso 26 de mayo del 2017). Disponible en:
http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/index.html.
9. Devida, diario correo [Internet]. Puno, Perú: Diario correo [citado el 20 Dic. De 2016]. Disponible en: <http://diariocorreo.pe/ciudad/puno-mas-del-50-de-jovenes-beberian-alcohol-en-la-candelaria-647919/>.

10. Centro de noticias. [en línea].Publicado; 2011 [acceso 10 de Enero del 2017].
Disponible en:
http://www.un.org/spanish/News/story.asp?newsID=21756#.WP9dDYg1_IW
11. Serrano S y Marín C. Competencia social en niños y adolescentes de la ciudad de Bucaramanga (Colombia) según escala Messy. [Revista en internet].; 2015 [Acceso 12 de Abril del 2017]. Disponible en:
<https://www.publicacionesfac.com/index.php/cienciaypoderaereo/article/view/425/6>
12. Pachacama L. Disfunción familiar y su incidencia en el consumo de alcohol en los estudiantes de la unidad educativa shekiná en el período febrero 2013 – agosto 2013.TESIS, shekina: Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Técnica de Ambato; 2016.
13. Mendez M, Castillo J, Castillo T, Uribe M y Armendáriz N. Relación de percepción de riesgo y consumo de alcohol en adolescentes-2015. TESIS, Sao Paulo. Universidad de São Paulo, Brasil; 2015.
14. Chicaiza M. El consumo de alcohol y su influencia en conductas agresivas en los adolescentes del segundo grado de bachillerato del colegio Técnico Pujilí-2013. TESIS, Pujilí: Facultad de Ciencias de la salud carrera de Psicología, Universidad Técnica de Ambato; 2013.
15. Tapullima F, Pizarro C, Gonzales L. factores biopsicosociales y frecuencia de consumo de alcohol, en estudiantes de enfermería de la universidad nacional de la amazonia peruana, Iquitos- 2016.TESIS, Iquitos: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2016.
16. Ríos A. Factores socioculturales y psicológicos asociados al consumo de alcohol en adolescentes de la institución educativa Comercio 32 Juliaca-2010. TESIS, Juliaca: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional del Altiplano; 2010.
17. Mamani A, Silva J. Consumo de alcohol y conductas sexuales de riesgo en estudiantes de Secundaria de la Institución Educativa Nacional N°72 “San Martín de Porres” UGEL N°03 Magdalena del Mar-Perú. Marzo-diciembre del 2012. TESIS; Lima: Facultad de Medicina Humana, Universidad Nacional de San Marcos; 2012.
18. Pesantes S, Urbina M, Quezada J, Rodriguez J y Padilla G. Patrón de consumo de alcohol en universitarios y sus repercusiones sociales en estudiantes de la Universidad Nacional de Trujillo, 2013. TESIS, Trujillo:Facultad de Enfermeria, Universidad Nacional de Trujillo; 2014.

19. Fernandez D, Toledo J. Autoestima relacionado con consumo de alcohol en adolescentes del Colegio Jorge Basadre Grohmann Arequipa – 2016. TESIS, Arequipa: Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Ciencias de la Salud de Arequipa; 2016
20. Organización Mundial de la Salud. Desarrollo de la Adolescencia. Maternal Child. [Revista en Internet].; 2016 [Acceso 2 de agosto del 2017]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/.
21. Ministerio de Salud. Orientaciones para la atención integral de las y los adolescentes en el Primer Nivel de Atención. [En línea]. Publicado; 2014 [Acceso 27 de diciembre del 2017]. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2014/RM917-2014-MINSA.pdf>
22. Martínez J. La adolescencia: una etapa en la historia natural del hombre. [En línea]. Publicado; 2005 [acceso 3 de agosto del 2017]. Disponible en: <https://scp.com.co/descargasmedicinaadolescentes/La%20adolescencia,%20una%20etapa%20en%20la%20historia%20natural%20del%20hombre.pdf>.
23. Gaete V. Desarrollo psicosocial del adolescente. Scielo Chile. [Revista en Internet].; 2015 [Acceso 28 de diciembre del 2017]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S037041062015000600010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>.
24. Iglesias J. Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*; 2013; XVII(2): 91-94 [Revista en Internet].; 2017 [Acceso 17 de Julio del 2017]. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-201303/desarrollo-del-adolescente-aspectos-fisicos-psicologicos-y-sociales/>
25. Madrid J. El adolescente normal, cambios psicosociales. [En línea]; Publicado; 2013 [Acceso 20 de Abril del 2017] Disponible en: https://issuu.com/yayis/docs/el_adolescente_normal__cambios_psic
26. Diz JL. Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos. *Pediatr Integral*. 2013; XVII (2).
27. Riera C, Parra J, Munduate C. Protocolo de atención integral a adolescentes. [En línea]. Publicado; 2009 [acceso 10 de Marzo del 2017] Disponible en: http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D87.pdf.
28. Castillo G. El adolescente y sus retos: la aventura de hacerse mayor. Madrid: Pirámide; 2010

29. Montañés M. Influencia del contexto familiar en las conductas adolescentes. 2008; XXIII(17).
30. Espada J P. Botvin G J. Griffin K W. Méndez X. Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. Papeles del Psicólogo. 2003 Enero-Abril; XXIII (84): p. 9-17
31. Muñoz F. Los jóvenes y los medios de comunicación. [en línea]. Publicado; 2008 [acceso 22 de junio del 2017.] Disponible en:
http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lco/linares_m_ma/capitulo3.pdf.
32. Rodríguez GV. Adolescentes. [en línea].; Guía para Padres y Madres [acceso 22 de Julio 2017]. Disponible en:
<https://www.asturias.es/Asturias/ARTICULOS/adolescentes-guia.pdf>.
33. Monografías. Violencia estudiantil en las instituciones educativas.[en línea]. Publicado; 2008 [acceso 4 de Julio del 2017].
34. Pons DJ, Berjano PE. El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: Un modelo explicativo desde la psicología social. [En línea]. Publicado; 2005 [acceso 21 de julio del 2015.] Disponible en:
<http://www.msssi.gob.es/alcoholJovenes/docs/consumoAbusivo.pdf>.
35. Montañés M. Influencia del contexto familiar en las conductas adolescentes. 2008; XXIII(17).
36. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar. Primera Edición ed. Canessa A , editor. Peru: Industria Gráfica MACOLE S.R.L.; 2013.
37. García, A. Estudio sobre la asertividad y las habilidades sociales en el alumnado de Educación Social. Revista de Educación, 2010; 21(12).
38. Olivos, X. Entrenamiento de habilidades sociales para la integración psicosocial de inmigrantes. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Madrid, 2010.
39. Bermúdez, M. Diseño, construcción y análisis psicométrico de una escala de competencia social para niños de 3 a 6 años. Revista Iberoamericana de Psicología, Ciencia y Tecnología,2010; 3 (1), 49-65.
40. Gento, S., Mata, F. Competencia social de la diversidad intercultural. Madrid: UNED. 2011.
41. Castro, A. Competencia social. Buenos Aires: Bonum. 2005. Pág. 53-132.
42. Fernández M. Desarrollo de la competencia social en adolescentes: creación, aplicación y análisis del programa El Pensamiento Prosocial en Entornos

- Educativos. Tesis. Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia. España, 2015. Pág. 26-28
43. Del Prette A., del Prette P. Programas eficaces de entrenamiento en habilidades sociales basados en métodos vivenciales. *Apuntes de Psicología*, 2013;31 (3) ,67-76.
44. Ponce T. La inadaptación social en el sistema educativo. *Revista Digital. Innovación y Experiencias Educativas*, 2009; 15: 321 – 323.
45. Hernández R, Fernández C, y Baptista P,. *Metodología de la investigación*. Cuarta ed. Hill Interamericana, editor. México: Editorial Megraw; 2006.
46. Canales F, Pineda E. B. Alvarado E. L. *Metodología de la investigación*. 2º Ed. Washington D.C.: Copyright; 1994. P.122.
47. Babor T, Higgins B, Saunders J, Monteiro M. Cuestionario de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol. [En línea].Publicado; 2012 [acceso 5 de Marzo del 2017]. Disponible en:
http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf.
48. Bermúdez M. Diseño, construcción y análisis psicométrico de una escala de competencia social para niños de 3 a 6 años. *Revista Iberoamericana de Psicología, Ciencia y Tecnología*, 2010; 3 (1), 49-65.
49. Hernández Fernández y Baptista P. Estadística descriptiva. In Orellana L. *Estadística*;2011.
50. Olivares A, y cols. Consumo de drogas y competencia social en jóvenes universitarios de la Unidad Regional Sur. *Rev. EPISTEMUS* 2013; (15) 7: 5 – 12. México.
51. Torres M. Las habilidades sociales. Un programa de intervención en Educación Secundaria Obligatoria. [En Línea]. Publicado; 2014 [Acceso 28 de diciembre del 2017]. Disponible en:
[http://masteres.ugr.es/psicopedagogica/pages/info_academica/trabajo_fin_de_maste_r/tfmhabilidades sociales/!](http://masteres.ugr.es/psicopedagogica/pages/info_academica/trabajo_fin_de_maste_r/tfmhabilidades sociales/)
52. Sánchez P, Giraldo J y Quiroz M. Impulsividad: una visión desde la neurociencia del comportamiento y la psicología del desarrollo. [En Línea]. Publicado; 2013 [Acceso 28 de diciembre del 2017]. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v31n1/v31n1a19.pdf>
53. Centro de noticias. [En Línea]. Publicado; 2014 [Acceso 28 de diciembre del 2017]. Disponible en: <http://latinoforex.com/broker/blog-de-matias-1/members/>

54. Contini E, Lacunza A, Medina S y Alvares M. Una problemática a resolver: Soledad y aislamiento adolescente. [Revista en Internet].; 2012 [Acceso 28 de diciembre del 2017]. Disponible en: <file:///C:/Users/edward/Downloads/30907-66886-1-PB.pdf>
55. BOHÓRQUEZ C y RODRÍGUEZ D. Percepción de Amistad en Adolescentes: el Papel de las Redes Sociales. Scielo Colombia. [Revista en Internet].; 2014 [Acceso 28 de diciembre del 2017] Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcps/v23n2/v23n2a07.pdf>

ANEXOS

ANEXO 01

VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN

VARIABLE	DIMENSION	CATEGORÍAS	ÍNDICE
CONSUMO DE ALCOHOL	1. Frecuencia con que consume alguna bebida alcohólica.	Nunca. Uno o menos veces al mes. De dos a cuatro veces al mes. De dos a tres veces a la semana. De cuatro o más veces a la semana	0 1 2 3 4
	2. Cantidad de veces que consume tragos de alcohol en un día de consumo de alcohol.	Uno o dos veces. Tres o cuatro veces. Cinco o seis veces. Siete o nueve veces. Diez a más veces.	0 1 2 3 4
	3. Frecuencia que toma 5 o más tragos en un día.	Nunca. Menos de una vez al mes. Mensualmente. Semanalmente. A diario o casi a diario.	0 1 2 3 4
	4. En el último año, frecuencia que ha sido incapaz de dejar de beber una vez que había empezado.	Nunca. Menos de una vez al mes. Mensualmente. Semanalmente. A diario o casi a diario.	0 1 2 3 4
	5. En el último año, con que frecuencia no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido.	Nunca. Menos de una vez al mes. Mensualmente. Semanalmente. A diario o casi a diario.	0 1 2 3 4
	6. En el último año, con qué frecuencia ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior.	Nunca. Menos de una vez al mes. Mensualmente. Semanalmente. A diario o casi a diario.	0 1 2 3 4
	7. En el último año, con qué frecuencia ha tenido remordimiento o sentimientos de culpa después de haber bebido.	Nunca. Menos de una vez al mes. Mensualmente. Semanalmente. A diario o casi a diario.	0 1 2 3 4
	8. El último año, con qué frecuencia no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo.	Nunca. Menos de una vez al mes. Mensualmente. Semanalmente. A diario o casi a diario.	0 1 2 3 4
	9. Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido.	No. Sí, pero no el curso del último año. Sí, el último año.	0 2 4
	10. Algún familiar, amigo, médico o profesional de salud ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber.	No. Sí, pero no el curso del último año. Sí, el último año.	0 2 4

VAN...

...VIENEN

VARIABLE	DIMENSION	CATEGORÍAS	ÍNDICE
COMPETENCIA SOCIAL	1. Suelo hacer reír a los demás.	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	2. Amenazo a la gente o me porto como un bravucón.	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	3. Me enfado con facilidad.	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	4. Soy un(a) mandón(a) (le digo a la gente lo que tiene que hacer en lugar de preguntar/ pedir).	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	5. Critico o me quejo con frecuencia.	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	6. Interrumpo a los demás cuando están hablando.	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	7. Agarro cosas que no son mías sin permiso.	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	8. Me gusta presumir ante los demás de las cosas que tengo.	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	9. Miro a la gente cuando hablo con ellos.	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	10. Tengo muchos amigos/as.	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	11. Golpeo cuando estoy furioso(a).	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	12. Ayudo a un amigo(a) que está herido.	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	13. Doy ánimo a un amigo(a) que está triste.	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4

VAN...

...VIENEN

VARIABLE	DIMENSION	CATEGORÍAS	ÍNDICE
	14. Miro con desprecio a otros adolescentes.	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	15. Me enojo y me pongo celoso cuando a otras personas les va bien las cosas.	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	16. Me siento feliz cuando otra persona está bien	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	17. Me gusta sacar los defectos y equivocaciones de los demás.	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	18. Siempre quiero ser el primero.	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	19. Rompo mis promesas.	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	20. Admiro a la gente que me gusta.	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	21. Miento para conseguir algo que quiero	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	22. Molesto a la gente para enojarla.	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	23. Me dirijo a la gente y entablo conversación.	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	24. Digo "gracias" y soy feliz cuando la gente hace algo por mí.	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	25. Me gusta estar solo(a).	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	26. Temo hablarle a la gente.	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4

VAN...

VIENEN...

VARIABLE	DIMENSION	CATEGORÍAS	ÍNDICE
	27. Guardo bien los secretos.	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	28. Sé cómo hacer amigos.	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	29. Hiero los sentimientos de los demás a conciencia.	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	30. Me burlo de los demás.	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	31. Doy la cara por mis amigos(as).	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	32. Miro a la gente cuando está hablando.	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	33. Creo que lo sé todo.	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	34. Comparto lo que tengo con otros.	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	35. Soy terco(a).	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	36. Actúo como si fuera mejor que los demás.	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	37. Muestro mis sentimientos.	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	38. Pienso que la gente me critica cuando en realidad no lo hace.	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	39. Hago ruidos que molestan a los otros "eructar", "sonarse".	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4

VAN...

VIENEN...

VARIABLE	DIMENSION	CATEGORÍAS	ÍNDICE
	40. Cuido las cosas de los demás como si fueran mías.	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	41. Hablo demasiado fuerte.	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	42. Llamo a la gente por sus nombre	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	56. Pregunto si puedo ayudar.	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	57. Me siento bien si ayudo a alguien.	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	58. Intento ser mejor que los demás.	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	46. Hago preguntas cuando hablo con los demás.	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	59. Veo a menudo a mis amigos(as).	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	60. Juego solo(a).	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	61. Me siento solo(a).	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	62. Me pongo triste cuando ofendo a alguien.	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	63. Me gusta ser el líder.	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	64. Participo en los juegos con otros adolescentes.	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4

...VAN

VIENEN...

VARIABLE	DIMENSION	CATEGORÍAS	ÍNDICE
	65. Me meto en peleas con frecuencia	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	66. Me siento celoso de otras personas.	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	67. Hago cosas buenas por la gente que se porta bien conmigo.	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	56. Pregunto a los demás “cómo están”, “qué hacen”.	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	57. Me quedo en casa de la gente tanto tiempo, que casi me tienen que echar.	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	58. Explico las cosas más veces de las necesarias.	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	59. Me río de los chistes e historias divertidas que cuentan los demás	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	60. Pienso que ganar es lo más importante	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	61. Suelo molestar a mis compañeros(as), porque les tiendo una trampa.	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4
	62. Me desquito de quien me ofende.	Nunca A veces A menudo Siempre	1 2 3 4

ANEXO 02

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ADOLESCENTE

Solicito tu autorización para que participes en este estudio de investigación que está siendo desarrollado por la bachiller de Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano con el fin de obtener el título de licenciada en, es que estoy llevando a cabo el estudio de investigación titulado: “CONSUMO DE ALCOHOL Y LA COMPETENCIA SOCIAL EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCION EDUCATIVA SECUNDARIA JOSE ANTONIO ENCINAS, PUNO-2017”, por ello espero su comprensión y agradezco su colaboración.

Debes saber que:

- ❖ Tu participación en este estudio es completamente **Voluntaria y Confidencial**, pues solo la investigadora tendrá acceso a esta información, por tanto **será protegida**.
- ❖ La aplicación de la entrevista y encuesta se realizara en tiempos diferentes, en horarios acordados con los diferentes docentes para no perjudicarte.
- ❖ La primera encuesta se realizara a través de una entrevista oral tiene una duración de 10 a 15 minutos; consiste en responder frases sobre si en el último año probaste regularmente algún tipo de bebida alcohólica.
- ❖ La segunda encuesta que se realizara a través de un cuestionario tiene una duración de 25 a 30 minutos; consiste en responder las frases de cómo es la forma de ser o de comportarse.
- ❖ Tu información será procesada, analizada y transferida siempre de manera confidencial. Agradeciendo por anticipado tu participación.

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo:..... Siendo estudiante del..... Año, Sección..... del nivel secundario de la I.E.S. “Jose Antonio Encinas” Puno, de manera libre y voluntaria otorgo mi consentimiento para ser partícipe de la investigación denominado: “CONSUMO DE ALCOHOL Y LA COMPETENCIA SOCIAL EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCION EDUCATIVA SECUNDARIA JOSE ANTONIO ENCINAS, PUNO-2017”. Este estudio y el consentimiento me han sido explicados, he leído las páginas de este formulario. Entiendo la información y mis preguntas han sido respondidas. Es por ello que al firmar este formulario estoy aceptando participar de esta investigación.

FIRMA

ANEXO 03



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
 FACULTAD DE ENFERMERÍA
 ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Test de identificación de desórdenes por consumo de alcohol

I. PRESENTACIÓN

Estimado adolescente, Debido a que el uso del alcohol puede afectar su salud e interferir con ciertos medicamentos y tratamientos. Por ello solicito su colaboración respondiéndome a las preguntas, es anónima, la información que usted brinde es confidencial y solo será utilizado para fines de la investigación. Agradezco anticipadamente por su valiosa colaboración:

DATOS GENERALES

Edad:..... Fecha de Nacimiento:.....

Año de estudios y sección:..... Número de orden:.....

SEXO: Masculino Femenino

<p>1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?</p> <p>(0) Nunca (1) Una o menos veces al mes (2) De 2 a 4 veces al mes (3) De 2 a 3 veces a la semana <input type="checkbox"/> (4) 4 o más veces a la semana</p>	<p>6. En el curso del último año, ¿Con qué frecuencia ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario (0) Nunca <input type="checkbox"/></p>
<p>2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?</p> <p>(0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7, 8 o 9 <input type="checkbox"/> (4) 10 o más</p>	<p>7. En el curso del último año, ¿Con qué frecuencia ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario <input type="checkbox"/></p>

VAN...

...VIENEN

<p>3. ¿Con qué frecuencia toma 5 o más bebidas alcohólicas en un solo día?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p> <input data-bbox="724 472 823 528" type="text"/>	<p>8. En el curso del último año, ¿Con qué frecuencia no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p> <input data-bbox="1305 472 1404 528" type="text"/>
<p>4. En el curso del último año, ¿Con qué frecuencia ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p> <input data-bbox="724 801 823 857" type="text"/>	<p>9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?</p> <p>(0) No (2) Sí, pero no el curso del último año (4) Sí, el último año</p> <input data-bbox="1305 801 1404 857" type="text"/>
<p>5. En el curso del último año, ¿Con qué frecuencia no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p> <input data-bbox="724 1160 823 1216" type="text"/>	<p>10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional de la salud ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?</p> <p>(0) No (2) Sí, pero no el curso del último año (4) Sí, el último año</p> <input data-bbox="1305 1160 1404 1216" type="text"/>
<p style="text-align: right;">Registrar puntaje total</p> <input data-bbox="1305 1294 1404 1350" type="text"/>	

ANEXO 04



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
 FACULTAD DE ENFERMERÍA
 ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Escala de competencia social

II. PRESENTACIÓN

Estimado(a) adolescente, este es una Escala de Competencia Social; Este test tiene por objeto evaluar tu forma de ser o de comportarte. Por ello solicito su colaboración respondiendo las preguntas de este cuestionario en forma anónima, la información que usted brinde es confidencial y solo será utilizado para fines de la investigación. Agradezco anticipadamente por su valiosa colaboración:

Instrucciones: Lea cuidadosamente y marque con una "X" la respuesta que usted vea conveniente. Elija para cada ítem una sola respuesta.

N°	Elige una respuesta en cada ítem	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
1	Suelo hacer reír a los demás.	1	2	3	4
2	Amenazo a la gente o me porto como un bravucón.	1	2	3	4
3	Me enfado con facilidad.	1	2	3	4
4	Soy un(a) mandón(a) (le digo a la gente lo que tiene que hacer en lugar de preguntar/ pedir).	1	2	3	4
5	Critico o me quejo con frecuencia.	1	2	3	4
6	Interrumpo a los demás cuando están hablando.	1	2	3	4
7	Agarro cosas que no son mías sin permiso.	1	2	3	4
8	Me gusta presumir ante los demás de las cosas que tengo.	1	2	3	4
9	Miro a la gente cuando hablo con ellos.	1	2	3	4
10	Tengo muchos amigos/as.	1	2	3	4
11	Golpeo cuando estoy furioso(a).	1	2	3	4
12	Ayudo a un amigo(a) que está herido.	1	2	3	4
13	Doy ánimo a un amigo(a) que está triste.	1	2	3	4
14	Miro con desprecio a otros adolescentes.	1	2	3	4
15	Me enojo y me pongo celoso cuando a otras personas les va bien las cosas.	1	2	3	4
16	Me siento feliz cuando otra persona está bien	1	2	3	4
17	Me gusta sacar los defectos y equivocaciones de los demás.	1	2	3	4
18	Siempre quiero ser el primero.	1	2	3	4
19	Rompo mis promesas.	1	2	3	4
20	Admiro a la gente que me gusta.	1	2	3	4
21	Miento para conseguir algo que quiero	1	2	3	4
22	Molesto a la gente para enojarla.	1	2	3	4
23	Me dirijo a la gente y entablo conversación.	1	2	3	4
24	Digo "gracias" y soy feliz cuando la gente hace algo por mí.	1	2	3	4

VAN...

...VIENEN

N°	Elige una respuesta en cada ítem	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
25	Me gusta estar solo(a).	1	2	3	4
26	Temo hablarle a la gente.	1	2	3	4
27	Guardo bien los secretos.	1	2	3	4
28	Sé cómo hacer amigos.	1	2	3	4
29	Hiero los sentimientos de los demás a conciencia.	1	2	3	4
30	Me burlo de los demás.	1	2	3	4
31	Doy la cara por mis amigos(as).	1	2	3	4
32	Miro a la gente cuando está hablando.	1	2	3	4
33	Creo que lo sé todo.	1	2	3	4
34	Comparto lo que tengo con otros.	1	2	3	4
35	Soy terco(a).	1	2	3	4
36	Actúo como si fuera mejor que los demás.	1	2	3	4
37	Muestro mis sentimientos	1	2	3	4
38	Pienso que la gente me critica cuando en realidad no lo hace.	1	2	3	4
39	Hago ruidos que molestan a los otros “eructar”, “sonarse”.	1	2	3	4
40	Cuido las cosas de los demás como si fueran mías.	1	2	3	4
41	Hablo demasiado fuerte.	1	2	3	4
42	Llamo a la gente por sus nombre	1	2	3	4
43	Pregunto si puedo ayudar.	1	2	3	4
44	Me siento bien si ayudo a alguien.	1	2	3	4
45	Intento ser mejor que los demás.	1	2	3	4
46	Hago preguntas cuando hablo con los demás.	1	2	3	4
47	Veo a menudo a mis amigos(as).	1	2	3	4
48	Juego solo(a).	1	2	3	4
49	Me siento solo(a).	1	2	3	4
50	Me pongo triste cuando ofendo a alguien.	1	2	3	4
51	Me gusta ser el líder.	1	2	3	4
52	Participo en los juegos con otros adolescentes.	1	2	3	4
53	Me meto en peleas con frecuencia.	1	2	3	4
54	Me siento celoso de otras personas.	1	2	3	4
55	Hago cosas buenas por la gente que se porta bien conmigo.	1	2	3	4
56	Pregunto a los demás “cómo están”, “qué hacen”.	1	2	3	4
57	Me quedo en casa de la gente tanto tiempo, que casi me tienen que echar.	1	2	3	4
58	Explico las cosas más veces de las necesarias.	1	2	3	4
59	Me río de los chistes e historias divertidas que cuentan los demás	1	2	3	4
60	Pienso que ganar es lo más importante	1	2	3	4
61	Suelo molestar a mis compañeros(as), porque les tiendo una trampa.	1	2	3	4
62	Me desquito de quien me ofende.	1	2	3	4

ANEXO 05

PRUEBA BINOMIAL

NPAR TESTS

/BINOMIAL (0.50)=Experto1 Experto2 Experto3 Experto4 Experto5

/MISSING ANALYSIS.

Pruebas NPar

[ConjuntoDatos]

Prueba binomial						
		Categoría	N	Prop. observada	Prop. de prueba	Significación exacta (bilateral)
Experto1	Grupo 1	si	62	1,00	,50	,000
	Total		62	1,00		
Experto2	Grupo 1	si	62	1,00	,50	,000
	Total		62	1,00		
Experto3	Grupo 1	si	62	1,00	,50	,000
	Total		62	1,00		
Experto4	Grupo 1	si	62	1,00	,50	,000
	Total		62	1,00		
Experto5	Grupo 1	si	62	1,00	,50	,000
	Total		62	1,00		

P promedio = 0,000

P promedio < 0,05

ANEXO 06

VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

CUESTIONARIO DE COMPETENCIA SOCIAL

PROGRAMA IBM SPSS STATISTICS v. 24

ALFA DE CRONBACH

Análisis de fiabilidad

[Conjunto_de_datos] D:\SPPS.sav

Escala: TODAS LAS VARIABLES**Resumen de procesamiento de casos**

		N°	%
Casos	Válido	16	100,0
	Excluido(a)	0	,0
	Total	16	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N° de elementos
,867	,857	62

Para la validación se tiene el Alfa de Cronbach de 0,867

Para la confiabilidad se tiene el Alfa de Cronbach de 0,857

ANEXO 07

CRONOGRAMAS DE VISITA PARA LA ENTREVISTA Y ENCUESTA

CRONOGRAMA DE VISITA PARA LA ENTREVISTA AL ADOLESCENTE REALIZADA EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA JOSE ANTONIO ENCINAS –PUNO, 2017

DÍA	FECHA	GRADO	HORA	DOCENTE	NÚMERO DE ALUMNOS	LUGAR DE LA ENTREVISTA
1	11/09/2017	3ro	12:30-13:15	Tutoría María	3	Salón de Educación física
2	12/09/2017	3ro	12:30-13:16	Comunicación Abdón	3	Salón de Educación física
3	13/09/2017	3ro	12:30-13:17	Matemática Fanny	3	Salón de Educación física
4	14/09/2017	3ro	12:30-13:18	FCC Lucrecia	3	Salón de Educación física
5	15/09/2017	3ro	12:30-13:19	PFRH Rosalía	3	Salón de Educación física
6	18/09/2017	3ro	12:30-13:20	Tutoría María	3	Salón de Educación física
7	19/09/2017	3ro	12:30-13:21	Comunicación Abdón	3	Salón de Educación física
8	20/09/2017	3ro	12:30-13:22	Matemática Fanny	3	Salón de Educación física
9	21/09/2017	3ro	12:30-13:23	FCC Lucrecia	3	Salón de Educación física
10	22/09/2017	3ro	12:30-13:24	Tutoría María	3	Salón de Educación física
11	25/09/2017	3ro	12:30-13:25	Tutoría María	3	Salón de Educación física
12	26/09/2017	3ro	12:30-13:26	Comunicación Abdón	3	Salón de Educación física
13	27/09/2017	3ro	12:30-13:27	Matemática Fanny	1	Salón de Educación física
14	28/09/2017	4to	12:30-13:28	Comunicación Abdón	3	Salón de Educación física
15	29/09/2017	4to	12:30-13:29	FCC Lucrecia	3	Salón de Educación física
16	02/10/2017	4to	12:30-13:30	Matemática Willy	3	Salón de Educación física
17	03/10/2017	4to	12:30-13:31	Matemática Willy	3	Salón de Educación física
18	04/10/2017	4to	12:30-13:32	Comunicación Abdón	3	Salón de Educación física
19	05/10/2017	4to	12:30-13:33	CTA Gladys	3	Salón de Educación física
20	06/10/2017	4to	12:30-13:34	EPT William	3	Salón de Educación física
21	09/10/2017	4to	12:30-13:35	CTA Gladys	3	Salón de Educación física
22	10/10/2017	4to	12:30-13:36	Tutoría William	3	Salón de Educación física
23	11/10/2017	4to	12:30-13:37	Matemática Willy	3	Salón de Educación física
24	12/10/2017	4to	12:30-13:38	Comunicación Abdón	3	Salón de Educación física
25	13/10/2017	4to	12:30-13:39	FCC Lucrecia	3	Salón de Educación física
26	16/10/2017	4to	12:30-13:40	Matemática Willy	3	Salón de Educación física
27	17/10/2017	5to	12:30-13:41	Matemática Willy	3	Salón de Educación física
28	18/10/2017	5to	12:30-13:42	Comunicación Julia	3	Salón de Educación física
29	19/10/2017	5to	12:30-13:43	E.R. William	3	Salón de Educación física
30	20/10/2017	5to	12:30-13:44	Tutoría Lucia	3	Salón de Educación física
31	23/10/2017	5to	12:30-13:45	E.R. William	3	Salón de Educación física
32	24/10/2017	5to	12:30-13:46	PFRH Fredy	3	Salón de Educación física
33	25/10/2017	5to	12:30-13:47	E.F. Fredy	3	Salón de Educación física
34	26/10/2017	5to	12:30-13:48	Comunicación Julia	3	Salón de Educación física
35	27/10/2017	5to	12:30-13:49	FCC Fanny	3	Salón de Educación física

36	30/10/2017	5to	12:30-13:50	PFRH Fredy	3	Salón de Educación física
37	31/10/2017	5to	12:30-13:51	Matemática Willy	3	Salón de Educación física
38	01/11/2017	5to	12:30-13:52	Comunicación Julia	3	Salón de Educación física
39	02/11/2017	6to	12:30-13:53	E.R. William	1	Salón de Educación física

CRONOGRAMA DE VISITA PARA LA ENCUESTA AL ADOLESCENTE REALIZADA EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA JOSE ANTONIO ENCINAS –PUNO, 2017

día	Fecha	Grado	hora	docente	Número de alumnos	Lugar de la Entrevista
1	11/09/2017	3ro	12:30-13:15	Tutoría María	19	Salón de Tutoría
2	14/09/2017	3ro	11:00-11:45	Tutoría Fredy	18	Salón de Tutoría
3	15/09/2017	4to	11:00-11:45	Tutoría Fredy	14	Salón de Tutoría
4	02/10/2017	4to	12:30-13:18	Tutoría William	25	Salón de Tutoría
5	05/10/2017	5to	09:10-09:55	Tutoría María	15	Salón de Tutoría
6	11/10/2017	5to	11:45-12:30	Tutoría Lucia	22	Salón de Tutoría

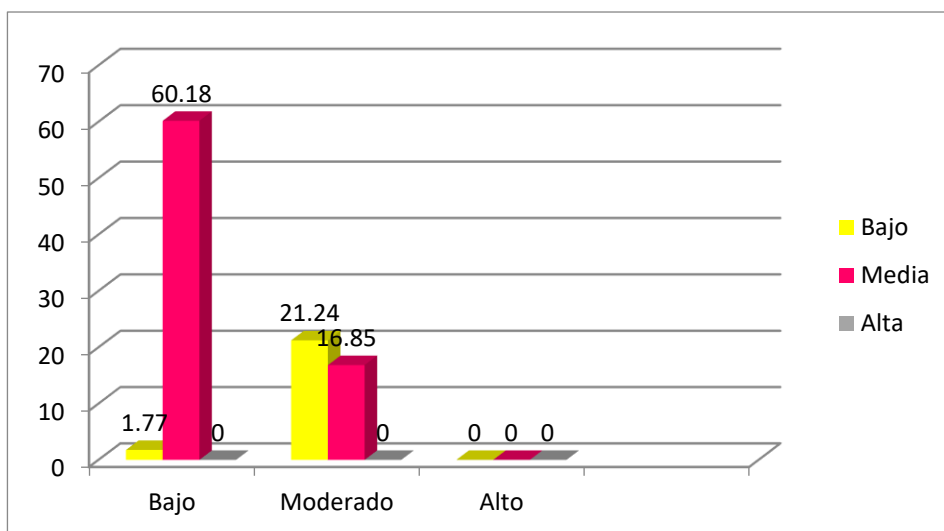


Lic. *[Handwritten Signature]*
 DIRECTOR
 I.E.S. "J.A.E." PUNO

ANEXO 08

GRÁFICO 01

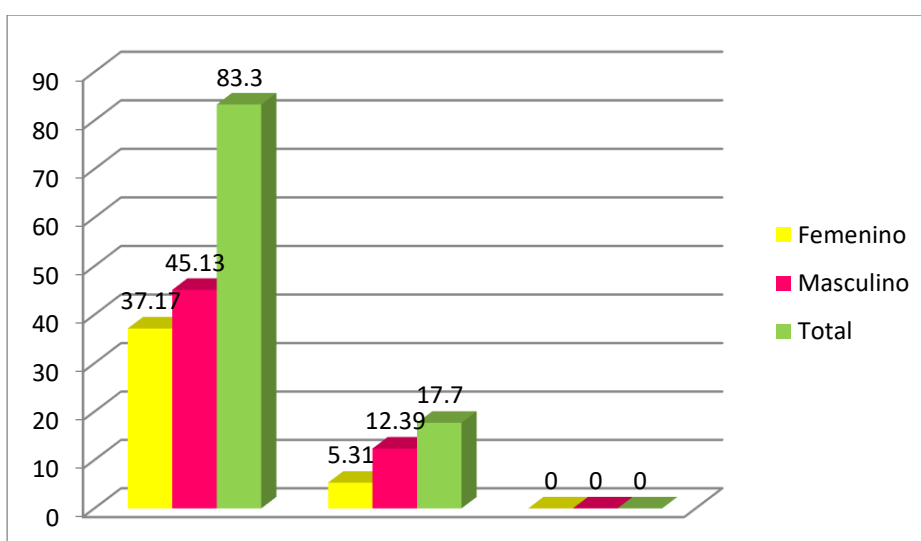
RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE ALCOHOL Y LA COMPETENCIA SOCIAL EN ESTUDIANTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO 2017



Fuente: Resultados obtenidos de los cuestionarios aplicado en estudiantes de la Institución Educativa Secundaria Jose Antonio Encinas, Puno 2017

GRÁFICO 02

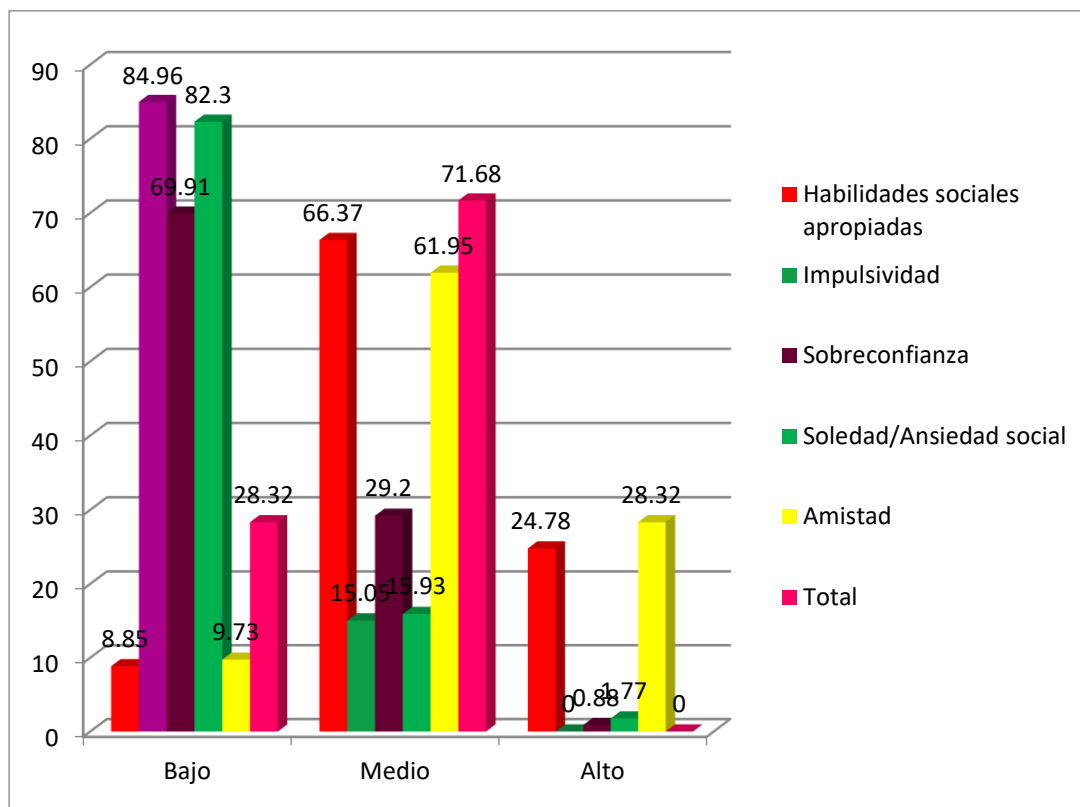
FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL SEGÚN GÉNERO EN ESTUDIANTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA JOSÉ ANTONIO ENCINAS.



Fuente: Resultados obtenidos de los cuestionarios aplicado en estudiantes de la Institución Educativa Secundaria Jose Antonio Encinas, Puno 2017

GRAFICO 03

COMPETENCIA SOCIAL EN LAS DIMENSIONES HABILIDADES SOCIALES APROPIADAS, IMPULSIVIDAD, SOBRECONFIANZA, SOLEDAD Y AMISTAD EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA JOSÉ ANTONIO ENCINAS.



EVIDENCIA

Alumnos de la Institución Educativa Secundaria José Antonio Encinas Puno, en el momento de la aplicación del instrumento.



